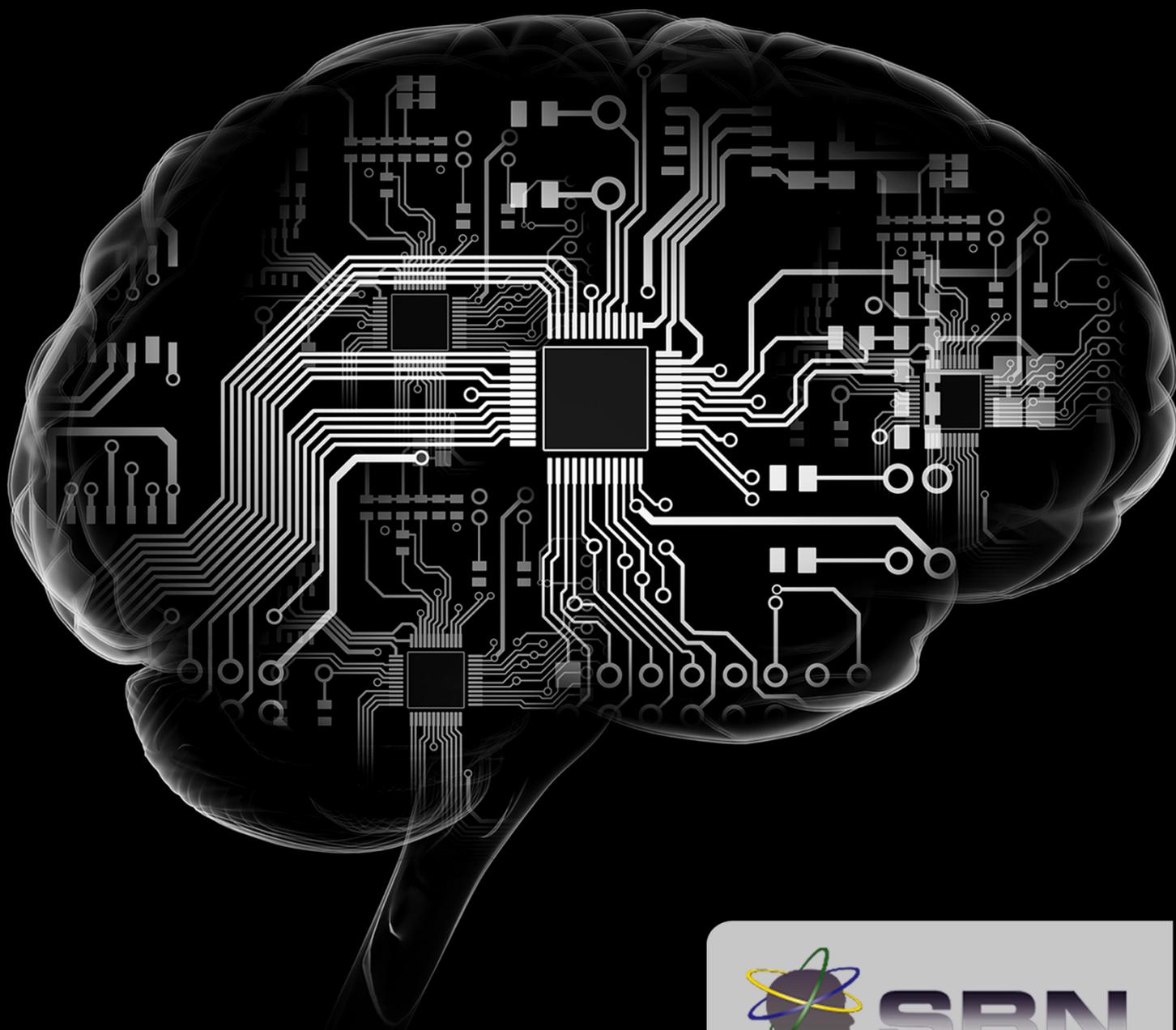


São Paulo, 24 de abril 2018

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EM NEUROCIRURGIA



SBN
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Manual de Diretrizes de Codificação dos Procedimentos em Neurocirurgia (MCPN)

Coordenador da Comissão de Codificação de Procedimentos - SBN:
Dr. Wuilker Knoner Campos – SC

Integrantes da Comissão:

Dr. Modesto Cerioni Júnior - SP
Dr. Ronald de Lucena Farias – PB
Dr. Valdir Delmiro Neves – PB
Dr. Gustavo Cartaxo Patriota – PB
Dr. Sérgio Dantas – RN
Dr. Cláudio Vidal – PE
Dr. Christian Diniz – PB
Dr. Stenio Abrantes Sarmento- PB

Comissão da Revisão 2018

Dr. Paulo Honda - SP
Dr. João Luiz Pinheiro Franco - SP
Dr. Luciano Carvalho Silveira – SC
Dra. Lina Márcia de Araújo Herval - MG

Dr. Antônio Nogueira de Almeida – SP
Dr. Valdir Delmiro Neves – PB
Dr. Marcus Vinicius Serra – SP
Dr. Wuilker Knoner Campos – SC
(Coordenador da Revisão)

© Direitos reservados à Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Rua Abílio Soares, 233 – Paraíso - 04005-000 - São Paulo – SP
Fone/Fax: 11 3051-6075 E-mail: sbn@sbn.com.br
<http://portalsbn.org>

São Paulo, 24 de abril de 2018

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), dando continuidade ao seu trabalho desde o primeiro manual de codificação, elaborou no presente documento, a primeira revisão do manual de diretrizes de codificação em neurocirurgia com o objetivo sistematizar a codificação dos procedimentos junto ao segmento da Saúde Suplementar no Brasil.

Anteriormente à primeira versão deste manual, a falta de padronização nas solicitações dos procedimentos de neurocirurgia era a regra nas relações entre os neurocirurgiões solicitantes e as fontes pagadoras. Este fato consequentemente acabava gerando conflitos, redundância de tarefas e atrasos na liberação dos procedimentos, trazendo assim prejuízos para ambas as partes, mas principalmente para a parte mais interessada: os nossos pacientes. Entretanto, após o lançamento da primeira versão deste manual, o que se viu nos últimos anos foi uma melhor fluidez nas tratativas entre os neurocirurgiões e as operadoras de saúde que aderiram aos manuais, uma vez que a contrapartida oferecida pela SBN era justamente o uso racional dos OPMEs/DMIs. Assim, cada vez mais foi se estabelecendo uma relação saudável entre prestadores de serviços em neurocirurgia e operadoras de saúde, de modo que as operadoras que vêm aderindo aos manuais estão vivenciando uma parceria cada vez mais sustentável.

Entretanto, este trabalho de codificação é contínuo, e recentemente passou por uma revisão dos manuais de codificação com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB), com uma parceria inédita na história da medicina que resultou nesta segunda versão do manual.

Finalizando, algumas premissas foram hierarquicamente consideradas para que a validação deste trabalho fosse pautada na legalidade e ética:

CONSIDERANDO que nossa Constituição Federal expressa em seu artigo 5º, inciso XIII, que “*É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer*”, e que por este entende-se que qualquer médico inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição é lícito exercer TODA a medicina, devendo o mesmo pautar-se única e exclusivamente pelo Código de Ética Médica, que abrange todas as situações de responsabilidades em relação ao trabalho médico;

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina (CFM) expressa no seu Art. 17 Lei nº 3.268/57, e nos Pareceres CFM nº 17/04, CFM nº 27/95 e CFM nº 8/96, que nenhum especialista possui exclusividade na realização de qualquer ato médico;

CONSIDERANDO que para que possamos exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (Art. 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO que as subdivisões e capítulos por especialidades apresentadas na CBHPM tem caráter meramente didático e organizacional, não sendo, portanto, excludente de uma especialidade em relação a outra com relação à prática dos atos médicos ali listados;

CONSIDERANDO que a própria CBHPM, no item 7.2 de suas Instruções Gerais, delega às sociedades de especialidades juntamente com a AMB a função da interpretação dos seus códigos;

CONSIDERANDO que pelo princípio legal da Anterioridade, Hierarquia e Especialidade o item específico 7.2 das instruções gerais da CBHPM sobrepõe-se aos demais itens gerais destas instruções, inclusive o item 4.5, pelo princípio da Especialidade, uma vez que o item 7.2 especifica pontualmente quem deve determinar as diretrizes de como usar as codificações da CBHPM;

CONSIDERANDO a carta publicada no site do CFM no dia 19/01/18 expressando a opinião em conjunto das sociedades SCB/SBOT, SBN e AMB de que “*não são as operadoras de saúde quais os procedimentos são redundantes e sim as sociedades de especialidade e AMB*”;

CONSIDERANDO o ofício nº 4857/2016 do CFM/COJUR que expressa a opinião do CFM validando o manual de codificação de coluna, e consequentemente de crânio, quando afirma que “*sob a ótica jurídica e ética não vislumbraram qualquer impedimento de utilização do referido manual, desde que garantido seu caráter referencial*”;

CONSIDERANDO o despacho nº 66/2017/GERAR/DIRAD-DIDES/DIDES da Agência Nacional de Saúde (ANS) sobre contratualização entre operadoras e prestadores de serviços de atenção à saúde que diz em seu item 4 “*não haver vedação expressa para negociação em conjunto das entidades prestadoras de serviços de saúde e as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou adoção de tabelas e referenciais de honorários*”;

CONSIDERANDO o precedente da codificação no SUS pela Portaria nº 914 de 2014 do Ministério da Saúde, órgão máximo da hierarquia da saúde no Brasil;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM no 1.642/02, que estabelece as regras de relacionamento entre médicos e as empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão, e outras, onde segundo esta resolução estas citadas devem respeitar as diretrizes estabelecidas pelas sociedades de especialidades e AMB;

CONSIDERANDO que as normas emitidas pelo CFM são de caráter imperativo a todos os médicos no exercício de sua profissão, cujo descumprimento traduzirá em infração ética, nos termos do artigo 18 do Código de Ética Médica;

CONCLUI-SE, portanto, que o presente Manual de Diretrizes de Codificação de Procedimentos em Neurocirurgia, encontra-se totalmente amparados pela legalidade e ética e em absoluto acordo com as regulamentações dos nossos órgãos de classe e fiscalizadores, do Código de Ética Médica e da Constituição Federal.

O conteúdo deste Manual é derivado da própria tabela CBHPM, atual referência para valoração dos atos médicos, sem, entretanto, ultrapassar ou modificar o conteúdo. Busca-se com o Manual regulamentar, via instruções expressas e no poder de interpretação conferido às Sociedades de Especialidade Médica, o que já está previsto há tempos na tabela referencial, através de recomendações técnicas e éticas e remuneração justa para procedimentos em neurocirurgia. Finalizando, ratificamos que este Manual apresenta caráter referencial para negociação entre os prestadores de neurocirurgia e as operadoras de saúde, e que o resultado final desta negociação vai depender do comum acordo de ambas as partes. O trabalho desta comissão será permanente, e o Manual será revisado periodicamente, sempre que surgirem novas demandas.

Dr. Wuilker Knoner Campos
Coordenador da Comissão de Codificação de Procedimentos
Diretor Defesa Profissional
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

ÍNDICE GERAL

I - Instruções Gerais.....	06
II - Descrição dos Procedimentos mais Utilizados em Neurocirurgia.....	07
II.A – Códigos de Consultório, Consultas/Visitas Hospitalares e UTI.....	07
II.B – Códigos de Procedimentos Neurocirúrgicos Iniciais e/ou de Acessos.....	09
II.C – Códigos de Procedimentos Neurocirúrgicos Principais.....	11
II.D – Códigos de Procedimentos Neurocirúrgicos Finais e/ou Fechamento.....	14
II.E - Códigos de Procedimentos da Neurocirurgia Endovascular.....	15
II.F - Códigos de Procedimentos da Neurocirurgia Funcional.....	18
II.G – Códigos de Procedimentos de Nervos Periféricos.....	21
II.H – Kits Padrões para Procedimentos Neurocirúrgicos.....	23
III – Tabela de Codificação dos Procedimentos em Neurocirurgia.....	25
Capítulo 1 – Consultório em Neurocirurgia.....	25
Capítulo 2 – Parecer e Visita Hospitalar em Neurocirurgia.....	32
Capítulo 3 – Trauma.....	47
Capítulo 4 – Neurointensivismo.....	66
Capítulo 5 – Tumores Intracranianos.....	76
Capítulo 6 – Tumores da Base do Crânio.....	81
Capítulo 7 – Microcirurgia Vascular Intracraniana.....	91
Capítulo 8 – Neurocirurgia Endovascular.....	99
Capítulo 9 – Neurocirurgia Funcional.....	113
Capítulo 10 – Neurocirurgia Pediátrica.....	149
Capítulo 11 – Nervos Periféricos.....	156

I - INSTRUÇÕES GERAIS

Este capítulo objetiva facilitar o entendimento de como estão dispostos os códigos de cada procedimento e a sua contextualização em cada relação de códigos e serve como referência para as solicitações das cirurgias. Este entendimento é de suma importância, pois estabelece um canal de conversação sistematizada e de mesma linguagem entre o neurocirurgião e os médicos auditores das operadoras de saúde, agilizando os processos de autorização das cirurgias.

1. Os próximos capítulos se dividem em “II – Descrição dos Procedimentos mais utilizados em Neurocirurgia”, onde são descritos e explicados de forma sucinta os códigos mais utilizados em neurocirurgia e sua contextualização com os demais; e “III – Tabela de codificação dos procedimentos em neurocirurgia”, onde está listada cada cirurgia e sua relação de códigos agregados.
2. A definição de cada código está listada em ordem alfabética no capítulo II.
3. O capítulo II foi ainda subdividido por áreas de codificação afins, no sentido de facilitar o entendimento dos códigos e sua contextualização com os demais, conforme a subárea da neurocirurgia. Desta forma, algumas subáreas da neurocirurgia como Trauma, Tumores e Vascular foram agrupadas nos subcapítulos de códigos para acesso, tempo principal e fechamento, por utilizarem praticamente os mesmos códigos nas diversas etapas cirúrgicas. Todavia, códigos utilizados em Consultas/Visitas Hospitalares, Neurointensivismo, Neurocirurgia Endovascular, Neurocirurgia Funcional e Neurocirurgia Pediátrica necessitaram de capítulos individuais, por suas particularidades de códigos e contextos.
4. No capítulo III, cada relação de códigos apresenta logo abaixo de sua capitulação (nome principal da cirurgia) um espaço para “Notas”, onde uma breve explicação do procedimento é apresentada para facilitar o entendimento da cirurgia e sua contextualização. Em caso de dúvidas, pode-se recorrer à leitura do código em questão dentro do capítulo II, onde uma descrição mais pormenorizada é apresentada. Além disso, a Comissão Permanente de Honorários Médicos da SBN (CPHM) disporá de meios tanto para o neurocirurgião quanto para o médico auditor no sentido de esclarecer o código em questão, respeitando cada ponto de vista.
5. O item “Consultas/Visitas Hospitalares” contém códigos pertinentes tanto para os honorários relacionados às visitas quanto códigos relacionados à exames específicos do neurointensivismo. Estes exames serão realizados em ambiente hospitalar/UTI, salvo os exames EEG, DTC, USNO que também podem ser realizados ambulatorialmente.
6. A solicitação das cirurgias pode ser feita pelo nome da cirurgia propriamente dita, capitulada em destaque em cada lista de códigos agregados, subentendendo-se assim que cada código da lista está incluso; ou pela relação de códigos relacionada àquela cirurgia solicitada. A recomendação é que não haja desmembramento na relação de códigos cirúrgicos, salvo naquelas situações em que há um (*) enfatizando a ressalva no próprio rodapé da cirurgia.
7. ATENÇÃO: Recomenda-se que todas as etapas cirúrgicas realizadas deverão ser descritas no relatório cirúrgico, para que a relação de códigos esteja em conformidade com os procedimentos realizados.

II - DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MAIS UTILIZADOS EM NEUROCIRURGIA

II.A - CÓDIGOS DE CONSULTÓRIO, CONSULTAS/VISITAS HOSPITALARES E UTI

1. **Analgesia p/ dia subsequente, acompanhamento de analgesia por cateter peridural (3.16.02.02-9):** Visita hospitalar de pós-operatório para acompanhamento/orientação da terapia peridural de cateter implantado para avaliação de dor crônica (teste de morfina), espasticidade (teste de baclofeno), ou analgesia pós-operatório de cirurgias de coluna. Conforme a própria definição do código, será multiplicado ainda por dia de analgesia.
2. **Atendimento do intensivista diarista por dia (1.01.04.01-1):** código utilizado para avaliação de neurointensivismo do paciente em UTI por dia. Este código estará associado a outros códigos de exames e terapias como parte de uma avaliação plena do paciente neurocrítico.
3. **Avaliação clínica e eletrônica de paciente com marca-passo (2.01.01.20-1):** código utilizado para leitura feita pelo médico assistente através de telemetria com o gerador (marca-passo) implantado em pacientes com eletrodos de neuroestimulação espinhal ou cerebral. Por este dispositivo ser eletronicamente semelhante ao marca-passo cardíaco e pelo ato de avaliação por telemetria ser praticamente o mesmo, este código cabe perfeitamente na avaliação clínica e eletrônica de pacientes com neuroestimuladores.
4. **Campimetria manual – monocular (4.13.0.10.7-2):** Segundo parecer do CFM nº 31/10, a campimetria é uma avaliação do campo visual central e periférico importante na avaliação em algumas doenças do sistema nervoso como parte do exame neurológico de rotina. Segundo ainda este parecer, a interpretação dos resultados é de responsabilidade exclusiva do médico, não citando a obrigatoriedade de ser realizado por oftalmologista.
5. **Doppler Transcraniano (4.09.01.60-2):** exame realizado em paciente neurocrítico na UTI para avaliação de doenças cérebro-vasculares (hemorragia subaracnóidea, vasoespasmó, AVC, etc), TCE, hipertensão intracraniana, e para confirmação de morte encefálica. Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
6. **EEG especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongada (4.01.03.20-0):** exame realizado em paciente neurocrítico na UTI para avaliação de estado de mal não-convulsivo, crises convulsivas de difícil controle, alterações do estado de consciência, controle do despertar de sedação, pós-operatório neurocirúrgico ou cardiovascular e para confirmação de morte encefálica. Este exame é codificado para cada 2h de exame. Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
7. **Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) – binocular (4.13.01.20-0):** Trata-se de um teste objetivando avaliar os nervos cranianos relacionados com a motricidade ocular como parte do exame neurológico de rotina. Assim como a campimetria, é um exame médico e não existe restrição quanto à especialidade para execução deste exame.
8. **Fratura e/ou luxação da coluna vertebral - redução incruenta (3.07.15.15-6):** tratamento conservador de fratura/luxação da coluna envolvendo aparelho gessado ou órteses prescritas. Pode ser realizada como manobra inicial de resgate de paciente com lesões que necessitarão cirurgia para correção definitiva em outro tempo, ou como tratamento definitivo não cirúrgico.
9. **Hipotermia (3.09.16.01-1):** método de tratamento de HIC utilizado quando outras medidas de primeira linha falharam no controle da HIC.
10. **Impedanciometria (4.01.03.43-9):** Impedância é a resistência que um circuito faz à passagem de corrente elétrica. Como cada tecido (meio) tem sua impedância própria (substância cinzenta, substância branca do encéfalo, medula, sangue, líquor, osso, etc), sua medida tem também valor localizador também demonstra a integridade elétrica intraoperatória de dispositivos de neuroestimulação implantados. Utiliza-se este recurso na avaliação de polos de eletrodos implantados para estimulação elétrica do sistema nervoso e também para procedimentos por radiofrequência.
11. **Implante de cateter venoso central por punção (3.09.13.01-2):** código para Cateterismo retrógrado da veia jugular para avaliação de parâmetros gasométricos. Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
12. **Infiltração de ponto-gatilho ou agulhamento seco - por músculo (2.01.03.30-1):** utilizado para tratar dor miofascial podendo ser executado através de infiltrações com anestésicos locais ou por agulhamentos c/ agulhas de

acupuntura no ponto-gatilho doloroso. Conforme a própria definição do código, será multiplicado ainda por grupos musculares, devendo ser descrito na solicitação quais os grupos musculares envolvidos.

13. **Investigação ultrassônica com registro gráfico - qualquer área (4.15.01.06-3):** código utilizado em conjunto com o código “Globo Ocular/Bilateral” (4.09.01.01-7) para avaliação da pressão intracraniana por método não invasivo através da insonação do nervo óptico. Este exame poderá ser feito tanto em paciente internados (hipertensão intracraniana aguda) quanto ambulatorial (hipertensão intracraniana crônica ou descompensada). Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
14. **Monitorização da pressão intracraniana (2.02.02.06-7):** código utilizado para avaliação da pressão intracraniana, que se inicia a partir do momento cirúrgico da instalação do cateter de PIC, até os acompanhamentos diários, por visita/dia. A avaliação e conduta deverão estar descritos no prontuário do paciente. Valor/dia de monitorização do paciente neurológico. Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
15. **Monitorização hemodinâmica invasiva por 12h (2.02.02.03-2):** código utilizado em conjunto com o código “Monitorização da pressão intracraniana” (2.02.02.06-7) para avaliação indireta do fluxo sanguíneo cerebral através do cálculo da pressão de perfusão cerebral (PPC). Código valorizado a cada 12 horas de exame. Em conjunto com os demais parâmetros de neurointensivismo, este exame faz parte da avaliação multimodal dos pacientes neurocríticos.
16. **Outras afecções da coluna - tratamento incruento (3.07.15.23-7):** código utilizado para o tratamento conservador das patologias da coluna vertebral como dor, deformidades, etc. Envolve orientações específicas sobre medicações, fisioterapia, aplicação/indicação de órteses de coluna, etc.
17. **Punção Liquórica (3.07.15.25-3):** código referente a qualquer punção realizado com agulha/cateter de reservatórios contendo líquido cefalorraquidiano, seja dos ventrículos cerebrais ou cisternas, seja na coluna vertebral, ou até mesmo em bombas de fármacos intratecais. Pode ter finalidades diagnóstica (exames laboratório, manometria) ou terapêutica (derivações, bomba de fármaco, alívio de cefaleia).
18. **Tração cervical trans-esquelética (3.07.15.29-6):** realizado pelo neurocirurgião no momento inicial de atendimento ao TRM cervical como manobra de estabilização e redução da fratura até que se realize o tratamento cirúrgico definitivo da lesão. O procedimento é realizado utilizando-se um halo cravado no osso craniano para tração cervical com contra-pesos.
19. **Tratamento conservador de fratura de ossos (3.02.07.22-3):** paciente com TCE e fratura de crânio sem conduta cirúrgica, porém demandando observação neurológica e reavaliações neurocirúrgicas diárias até sua alta ou até o caso tornar-se cirúrgico.
20. **Tratamento conservador de TCE, HIC e hemorragia - por dia (2.02.01.08-7):** código para primeira avaliação e/ou acompanhamento de pacientes com traumatismo crânio-encefálico (TCE), hipertensão intracraniana (HIC) ou ainda hemorragia intracraniana. Envolve a avaliação neurológica completa, diagnóstico e conduta conservadora/orientações. Conforme a própria definição do código, será multiplicado ainda por cada dia avaliado descrito na evolução médica do paciente.
21. **Tratamento conservador do traumatismo raquimedular - por dia (3.07.15.34-2):** medidas terapêuticas associadas à lesão medular e suas repercussões e complicações clínicas.

II.B - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS NEUROCIRÚRGICOS INICIAIS E/OU DE ACESSOS

1. **Acesso endoscópico ao tratamento cirúrgico dos tumores da região selar (3.14.01.34-1):** procedimento por via transfenoidal utilizando o método endoscópico para magnificação da região selar de forma isolada (cirurgia totalmente endoscópica) ou como complementação da microcirurgia (cirurgia híbrida). Utiliza-se este código quando o tempo do acesso endonasal e demais tempos cirúrgicos da cirurgia da região selar são executadas pelo neurocirurgião.
2. **Cateterismo cardíaco direito e/ou esquerdo c/ ou s/ cineangiografia (3.09.11.04-4):** Introdução da ponta distal do cateter de derivação ventricular (DVA) para dentro da cavidade cardíaca para drenagem líquórica.
3. **Cervicotomia exploradora (3.02.12.01-4):** código referente ao acesso à região cervical para cirurgias da coluna vertebral, implantes de eletrodos, derivação ventrículo-atrial e cirurgias vasculares.
4. **Cirurgia Intracraniana por via endoscópica (3.14.01.03-1):** código utilizado para todas cirurgias intracranianas incluindo transfenoidal, terceiroventriculostomia endoscópica e demais cirurgias ventriculares. Pode ainda ser utilizado como ferramenta complementar de magnificação em cirurgia com microscópio.
5. **Descompressão medular e/ou cauda equina (3.07.15.09-1):** além de ser utilizado nas cirurgias da coluna vertebral, este procedimento também pode ser agregado a todos procedimentos que envolvem patologias da transição crânio-cervical onde realiza-se a abertura dos arcos de C1 e/ou C2 (tumores do forame magno, tumores fossa posterior, Malformação de Chiari) como forma de descompressão da região medular alta. É utilizado ainda nas cirurgias de liberação da medula presa com sua consequente descompressão.
6. **Dissecção de veia com colocação de cateter venoso (3.09.13.09-8):** procedimento realizado durante a derivação ventrículo-atrial, onde há necessidade de dissecar uma veia cervical para cateterização da porção distal do cateter de derivação ventricular.
7. **Doppler colorido intra-operatório (4.09.02.06-4):** exame realizado na cirurgia de by-pass intra/extracraniano para identificar artéria temporal superficial e avaliar sua patência. Também poderá ser realizado para avaliar circulação dentro de aneurisma cerebral clipado.
8. **Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia (3.05.02.31-4):** abertura do seio etmoidal na cirurgia transfenoidal endoscópica que se faz quando necessário acesso expandido à base do crânio.
9. **Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação (3.02.07.07-0):** código utilizado para correção cirúrgica de fraturas do arco zigomático, assim como para reparo primário desta peça óssea após cirurgias de base de crânio envolvendo a osteotomia deste osso (acesso fronto-orbito-zigomático e correlatos).
10. **Implante de cateter peritoneal (3.10.08.06-2):** introdução de cateter intraperitoneal para drenagem líquórica (DVP, DLP, derivações nas cirurgias deiringomielia, e dos demais espaços líquóricos do sistema nervoso central).
11. **Laminectomia ou laminotomia (3.07.15.19-9):** apesar de ser utilizado de forma rotineira nas cirurgias da coluna vertebral, este procedimento também pode ser agregado a todos procedimentos que envolvem patologias da transição crânio-cervical, representando o ato cirúrgico propriamente dito de abertura dos arcos de C1 e/ou C2 como forma acesso da região medular alta.
12. **Mastoidectomia simples ou radical modificada (3.04.03.08-1):** código utilizado nos acessos envolvendo osso temporal onde se faz necessário a drilagem das células da mastoide como parte do acesso (ex, acesso retrósigmóide, tumor do glomus jugular).
13. **Maxilectomia parcial (3.05.02.14-4):** procedimento de abertura do seio maxilar como parte da abordagem do acesso à base do crânio e/ou região selar (acesso sublabial).
14. **Punção pleural (3.08.04.08-6):** trata-se do procedimento subsequente à toracoscopia onde é realizado a introdução propriamente dita da ponta distal do cateter de derivação ventrículo-pleural ou siringomiélica para dentro da cavidade pleural para drenagem líquórica neste espaço.
15. **Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico - por hora (4.08.11.02-6):** código referente ao uso de fluoroscopia/radioscopia nos procedimentos como cirurgias de coluna, cirurgias de base de crânio (sela turca e adjacências) e neurocirurgia funcional. Como este código foi tabelado por hora de cirurgia, e não por tempo de

radioscopia ativa na máquina. Uma estimativa racional de horas/cirurgia foi estandardizada na vigente tabela, e o fator “hora” foi multiplicado pelo valor CBHPM correspondente a este código, e seu valor final, foi então incluído no somatório da cirurgia.

16. **Redução de fratura do seio frontal - acesso coronal (3.02.07.04-5):** código de acesso para incisão coronal (hemicoronal ou bicoronal) para tratamento de fraturas osso frontal/órbita; ou nas cirurgias de base crânio anterior, onde uma osteotomia do osso frontal é realizada como parte do procedimento de acesso; ou nas cirurgias de cranioestenoses, onde a osteotomia do osso frontal faz parte do reparo da deformidade craniofacial.
17. **Ressecção do osso temporal (3.04.04.12-6):** Procedimento de acesso ao conteúdo intracraniano onde uma trepanação e/ou craniotomia envolve ressecção de parte do osso temporal para o acesso. É realizado normalmente nas craniotomias fronto-temporal, pterional, retróssimoide, e demais cirurgias de base de crânio.
18. **Septoplastia por videoendoscopia (3.05.01.53-9):** correção cirúrgica da luxação do septo nasal que se faz por ocasião do acesso cirúrgico endoscópico da região selar e adjacências, onde tanto o tempo de acesso endonasal quanto os demais tempos cirúrgicos são todos executadas pelo neurocirurgião.
19. **Sinusectomia frontal com retalho osteoplástico ou via coronal (3.05.02.21-7):** a indicação é a mesma do código 3040227-6, porém neste caso específico há a mobilização em bloco da parte óssea junto c/ seu flap de gálea/cutâneo.
20. **Sinusectomia maxilar - via endonasal por videoendoscopia (3.05.02.32-2):** abertura do seio maxilar na cirurgia transesfenoidal endoscópica que se faz quando necessário acesso expandido à base do crânio.
21. **Sinusotomia esfenoidal (3.05.02.25-0):** procedimento de abertura do seio esfenoidal como parte da abordagem do acesso à base do crânio e/ou região selar.
22. **Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia (3.05.02.34-9):** código referente ao ato cirúrgico de abertura do seio esfenoidal como uma das partes que integram o acesso cirúrgico da região selar e adjacências.
23. **Sinusotomia frontal via externa (3.05.02.27-6):** código utilizado para acesso onde o osso frontal está envolvido, como cirurgias de base de crânio anterior e acesso Perneski). Pode ainda ser agregado em cirurgias de reparo de fraturas de crânio envolvendo osso frontal ou tumores neste osso.
24. **Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral (4.08.10.02-0):** teste realizado nas cirurgias vasculares e endovasculares para avaliar a patência da circulação contra-lateral.
25. **Tumor de nervo acústico – Ressecção via translabiríntica ou fossa média (3.04.04.13-4):** código utilizado todas às vezes que for necessário a ressecção do osso temporal por via translabiríntica para acessar tumores do nervo acústico na sua porção intracanalicular.
26. **Turbinectomia ou turbinoplastia – unilateral (3.05.01.45-8):** código utilizado para a remoção das estruturas dos cornetos nasais na cavidade nasal como parte da via de acesso da região selar e adjacências.

I.I.C - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS PRINCIPAIS

1. **Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos (3.07.05.06-1):** código referente ao ato de captar o retalho vascular para anastomose vascular intra/extracraniana, como nas cirurgias de by-pass.
2. **Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal (3.02.09.05-6):** procedimento realizado na cirurgia de fratura de crânio para correção de afundamento de fragmentos, podendo estar ou não associado ao tratamento de outras patologias comuns no trauma cranioencefálico.
3. **Cranioplastia (3.02.15.01-3):** Tratamento cirúrgico da falha óssea de crânio decorrente de pós-operatório de: craniectomia descompressiva; retirada de fragmentos de fratura ou no acesso cirúrgico; lesões osteolíticas inflamatórias/infecciosas e/ou neoplásicas. O preenchimento da falha óssea pode ser realizado com cimento ósseo (acrílico), prótese prototipada e/ou ainda o próprio osso armazenado em abdome (quando viável) ou banco de ossos (quando disponível). Há reconstrução dural com retalho da gálea aponeurótica e reconstrução da anatomia temporal com rotação do músculo temporal.
4. **Craniotomia descompressiva (3.02.15.02-1):** além de ser utilizado nas cirurgias de trauma craniano para descompressão encefálica e alívio da HIC, este código também pode ser agregado nas cirurgias da transição crânio-cervical onde uma craniotomia/craniectomia suboccipital é realizado como parte do acesso da fossa posterior, ou forame magno, ou como parte do tratamento das malformações da transição crânio-cervical (Malformação Chiari).
5. **Craniotomia para remoção de corpo estranho (3.14.01.04-0):** Cirurgia realizada para retirada de material de síntese infectado e/ou danificado (cranioplastia, botões de crânio, etc). Pode ser ainda utilizado para retirada de materiais que perfuraram o crânio (projétil, arma branca, fragmentos vidros, etc). Este procedimento pode entrar como complementar dos outros códigos de trauma descritos neste capítulo, caso haja necessidade de retirada de corpo estranho também nas outras cirurgias.
6. **Craniotomia para tumores ósseos (3.02.15.03-0):** craniotomia realizado para ressecção de tumores ósseos primários da calota craniana, assim como de lesões metastáticas, lesões intracranianas que envolvem o osso craniano por contiguidade (ex, ressecção de meningiomas Simpson 0) ou lesões inflamatórias (histiocitose, etc).
7. **Derivação lombar externa (3.07.15.08-3):** shunt cirúrgico realizado entre o espaço intrarraquidiano e o meio externo (bolsa coletora) para drenagem líquórica com finalidade diagnóstica, terapêutica ou como parte de cirurgias de crânio para melhorar a exposição cisternal no acesso cirúrgico.
8. **Descompressão da órbita ou nervo óptico (3.03.02.02-1):** procedimento realizado na cirurgia de trauma de crânio ou de tumor de órbita, que necessite descompressão da órbita, a qual se apresenta com pressão intraorbitária elevada levando ao risco iminente de isquemia do nervo óptico e demais estruturas intraorbitárias. Também pode ser usado como um código referente ao ato cirúrgico da região selar e adjacências, por via aberta ou endoscópica, onde além da ressecção tumoral, também há a descompressão cirúrgica do nervo e/ou quiasma óptico através da dissecação da interface tumor/nervo.
9. **Descompressão vascular de nervos cranianos (3.14.04.01-4):** cirurgia referente à descompressão do contato neurovascular de nervos cranianos, como por exemplo nas cirurgias do Trigêmeo e nervo facial, dentre outras.
10. **Exploração e descompressão total do nervo facial - transmastoídeo, translabiríntico, fossa média (3.04.04.05-3):** código referente ao acesso cirúrgico que se faz para exploração, descompressão e isolamento do nervo facial na sua porção *extracraniana* no acesso cirúrgico do tumor de glomus jugular. Este código ainda pode ser usado como código referente a um dos atos cirúrgicos de tumores de ângulo ponto-cerebelar (APC), onde se realiza a exploração *intracraniana* cirúrgica da interface tumor e nervo facial, para sua descompressão e ressecção do tumor aderido ao nervo.
11. **Fratura de órbita – redução cirúrgica (3.03.02.06-4):** procedimento realizado na cirurgia de fratura do crânio com traço de fratura envolvendo a cavidade orbital demandando sua redução e/ou correção da deformidade.
12. **Glomus jugular – Ressecção (3.04.03.06-5):** código referente ao ato principal da ressecção de tumor de glomus jugular com localização intra/extracraniana, utilizando a magnificação por microscopia. A drilagem transmastoídea/translabiríntica do osso temporal faz parte do acesso para exploração e isolamento do nervo facial em seu trajeto extracraniano/intra-ósseo, objetivando assim a exposição do tumor do glomus jugular.

13. **Implante de cateter intracraniano (3.14.01.08-2):** refere-se ao implante de cateter ou sensor intracraniano de qualquer natureza, para monitorização da pressão intracraniana (PIC), derivações ventriculares (DVE, DVP, DVA, DVPL), microdiálise cerebral ou ainda nos procedimentos neurofuncionais, como a neuralgia do trigêmeo, onde se utiliza um cateter de Fogarty.
14. **Ligadura de carótidas ou ramos (3.09.06.21-0):** procedimento realizado nas cirurgias abertas de carótidas, quando há ligadura temporária ou definitiva de uma das carótidas e/ou seus ramos. Ainda pode ser utilizada como tratamento de lesões vasculares/neoplasias cranianas.
15. **Microcirurgia para tumores intracranianos (3.14.01.15-5):** código utilizado para realização do tempo principal nas cirurgias de tumores intracranianos auxiliado com magnificação de instrumento óptico. Inclui os tumores de selares, intraparenquimatosos e demais regiões intracranianas, inclusive tumores da calota craniana invadindo espaço intracraniano com extensão para as estruturas adjacentes.
16. **Microcirurgia para tumores orbitários (3.03.02.09-9):** cirurgia com magnificação de instrumento óptico do tempo principal para ressecção de tumores intra-orbitários intraconal/extraconal.
17. **Microcirurgia por via Transesfenoidal (3.14.01.16-3):** Código referente aos tumores intracranianos localizados na base anterior/clivus. Utiliza magnificação e técnica por microscopia (3.14.01.15-5) e/ou endoscopia (3.14.01.03-1).
18. **Microcirurgia vascular intracraniana (3.14.01.17-1):** código referente ao um dos atos principais nas cirurgias vascular intracraniano, onde se faz a microdissecção dos vasos, aneurismas, malformações vasculares para tratamento cirúrgico de patologias cérebro-vasculares.
19. **Microneurólise múltipla (3.14.03.22-0):** quando utilizada na cirurgia de medula presa da neurocirurgia pediátrica, refere-se à dissecação e desconexão das raízes e/ou cauda equina para liberação da medula.
20. **Pontes transcervicais – qualquer tipo (3.09.06.35-0):** pontes vasculares entre circulação carotídea e intracraniana com enxerto vascular para anastomose by-pass direto.
21. **Preparo de veia autóloga para remendos vasculares (3.09.06.37-7):** código referente ao preparo do enxerto vascular para cirurgia de by-pass intracraniano direto.
22. **Redirecionamento do fluxo sanguíneo - com anastomose direta, retalho, tubo (3.09.01.09-0):** código referente ao redirecionamento do fluxo sanguíneo cerebral por ocasião da cirurgia de anastomose intra/extracraniana.
23. **Redução de fratura do seio frontal - acesso coronal (3.02.07.04-5):** procedimento realizado na cirurgia de fratura do crânio com traço de fratura envolvendo osso frontal demandando sua redução, correção do afundamento e tratamento do seio frontal para evitar fistula líquórica para cavidade nasal (rínoliquorréia).
24. **Ressecção de mucocele frontal (3.14.01.20-1):** ressecção de um epitélio patológico das paredes do seio frontal com o objetivo de reestabelecimento dos óstios de drenagem. Realizado através de uma craniotomia frontal.
25. **Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões (3.14.01.23-6):** shunt cirúrgico realizado entre o sistema líquórico ventricular, cisternal intracraniano ou ainda cisternal lombar (ponto proximal) com outro espaço interno extra-raquidiano (ponto distal), como por exemplo pleura, átrio cardíaco, peritônio, etc. Este procedimento é realizado através de interposição de um sistema de cateteres, conectores e válvula entre os pontos proximal e distal. Eventualmente, pode haver a necessitar de revisão uma ou mais partes do sistema.
26. **Terceiro-ventriculostomia (3.14.01.24-4):** ato cirúrgico que objetiva promover um shunt líquórico entre o terceiro ventrículo com a cisterna perimesencefálica e adjacências cisternais. Pode ser realizado como ato principal, como nas cirurgias de hidrocefalia, ou ainda como ato complementar em cirurgias de aneurisma cerebrais ou ainda endoscópicas ventriculares de tumores, cistos, septoplastia e hematomas intraventriculares. Quando realizado por endoscopia intracraniana, incluído código associado (3.14.01.03-1).
27. **Tratamento cirúrgico da craniossinostose (3.02.15.07-2):** tratamento cirúrgico da deformidade craniana de cranioestenose tempo craniano ou craniofacial.
28. **Tratamento cirúrgico da fratura do crânio/afundamento (3.02.15.08-0):** correção cirúrgica da deformidade craniana decorrente de traumatismo craniano onde houve afundamento de um dos fragmentos fraturados para dentro do crânio.

- 29. Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral (3.09.06.43-1):** Tratamento cirúrgico do infarto no território da artéria cerebral média (ACM) através da craniectomia descompressiva objetivando alívio do edema cerebral hemisférico e hipertensão intracraniana (HIC), evitando assim a herniação cerebral, e conseqüentemente melhorando a microcirculação na área de penumbra. A descompressão óssea é complementada com duroplastia utilizando gálea como retalho na sua confecção e musculo temporal para oclusão hermética da dura-máter. A calota craniana retirada por ocasião da craniectomia descompressiva poderá ser armazenada na região abdominal, e por isso a necessidade justificada de uma laparotomia associada. Este código ainda pode ser utilizado nas cirurgias de by-pass cerebral por se tratar também de cirurgia de isquemia cerebral.
- 30. Tratamento cirúrgico da meningoencefalocele (3.14.01.27-9):** código referente ao tratamento cirúrgico da malformação craniovertebral, onde o defeito de fechamento do tubo neural leva a herniação do conteúdo intracraniano (encéfalo e/ou meninges) necessitando toda reconstrução craniana e dural com retalho de gálea aponeurótica. Quando há o envolvimento da região cervical alta, o código de Tratamento de disrafismo deve ser incluído (3.07.15.33-4).
- 31. Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais (3.07.15.32-6):** código referente ao tratamento cirúrgico das malformações envolvendo a transição crânio-cervical, como Arnold-Chiari, disrafismo, medular presa, meningoencefalocele, etc.
- 32. Tratamento cirúrgico de osteomielite de crânio (3.02.15.09-9):** tratamento realizado para ressecção óssea de parte da calota craniana acometido por infecção, associada ou não a retirada de material de fechamento de crânio.
- 33. Tratamento cirúrgico de síndrome vértebro basilar (3.09.06.44-0):** código referente ao by-pass realizado no sistema vértebro-basilar por cirurgia aberta para o tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas ou aneurisma complexos do sistema vértebro basilar com anastomose entre ramos da artéria carótida externa (ACE) e artéria vertebral (AV). Utilizado enxerto vascular da artéria occipital, radial ou veia safena.
- 34. Tratamento cirúrgico de tumores cerebrais sem microscopia (3.14.01.28-7):** código utilizado para realização do tempo principal nas cirurgias de tumores intracranianos sem a magnificação do microscópio. Inclui os tumores já citados no código 3.14.01.15-5 e os tumores onde há necessidade de biópsia a céu aberto.
- 35. Tratamento cirúrgico do abscesso encefálico (3.14.01.29-5):** drenagem cirúrgica de coleção purulenta localizado dentro do parênquima cerebral, espaço subdural e/ou epidural. Pode ainda fazer parte da cirurgia de tratamento cirúrgico de osteomielite de crânio, quando associado a supuração intracraniana do osso acometido.
- 36. Tratamento cirúrgico do disrafismo (3.07.15.33-4):** código referente ao tratamento dos defeitos de fechamento do tubo neural (disrafismo espinhal), seja ele aberto ou fechado/oculto. Quando este defeito se localizar na região cervical alta ou transição crânio-cervical, o código 3.07.15.32-6 cabe por se tratar de uma malformação craniovertebral. O sucesso desta cirurgia depende do trabalho minucioso de fechamento multicamadas deste defeito, por isso a agregação de vários códigos para o fechamento, como a rotação de vários tipos de retalhos e plástica em Z ou W.
- 37. Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares - tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses (3.07.15.35-0):** além das indicações clássicas de tratamentos de lesões medulares, este código é também utilizado em conjunto com outros na cirurgia da medula presa, onde há a liberação da medula presa e conseqüentemente tratando a siringomielia associada a estes casos.
- 38. Tumor de Órbita – Exérese (3.03.02.13-7):** código referente à ressecção de tumores ósseos primários ou secundários localizados na órbita, onde uma craniotomia se faz necessário para abordagem cirúrgica.

II.D - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS PARA O FECHAMENTO

1. **Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (3.01.01.23-9):** curativo realizado após todas neurocirurgias endovasculares e disrafismo espinhal.
2. **Extensos ferimentos - exérese e emprego retalhos cutâneos-musculares cruzados (3.01.01.53-0):** código que representa uma das etapas do fechamento multicamadas do defeito do tubo neural (mielomeningocele) com a utilização de retalhos cutâneos e/ou miocutâneos.
3. **Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação (3.02.07.07-0):** código referente ao reposicionamento/redução cirúrgica com material de fixação do arco zigomático fraturado por ocasião do acesso envolvendo este osso, como acesso FOZ.
4. **Miorrafias (3.07.30.11-2):** código referente ao fechamento da parte muscular do acesso cirúrgico, sendo uma das etapas do fechamento.
5. **Monitorização neurofisiológica intra-operatória (2.02.02.04-0):** Recurso muito utilizado nas cirurgias de tumores intracranianos para monitorização de nervos cranianos, nas ressecções de tumores de área eloquentes e na transição craniocervical.
6. **Plástica em Z ou W (3.01.01.67-0):** código utilizado para o fechamento de pele tipo zetaplastia ou plastia em W como parte da última camada no fechamento do defeito do tubo neural (mielomeningocele ou meningoencefalocele).
7. **Reconstituição de paredes orbitárias (3.03.02.10-2):** procedimento complementar à cirurgia de trauma de crânio ou tumores orbitários, envolvendo a cavidade orbitária, onde se faz a reconstrução anatômicas das paredes da órbita associada ao código de reconstrução craniofacial (3.02.15.04-8).
8. **Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica (3.01.01.68-9):** procedimento realizado como parte da etapa de fechamento na maioria das cirurgias cranianas, onde um retalho de gálea aponeurótica é utilizado como doadora de tecido para duroplastia, oclusão de seio frontal ou ainda na sustentação e reaproximação do flap ósseo retirado por ocasião da craniotomia.
9. **Reconstrução com rotação do músculo temporal (3.02.10.10-0):** código referente ao reposicionamento do flap de músculo temporal transposicionado durante o acesso com finalidade de reconstrução da anatomia original, como parte do retalho na reconstrução dural ou ainda como parte da cirurgia de revascularização intra/extracraniana nas doenças cérebro-oclusivas (ex, Doença de moyamoya).
10. **Reconstrução craniana ou craniofacial (3.02.15.04-8):** procedimento complementar na etapa de fechamento das cirurgias cranianas ou craniofaciais, necessária para reposicionamento planiforme do flap ósseo da craniotomia.
11. **Tratamento cirúrgico de fistula líquórica (3.14.01.26-0):** código utilizando para fechamento da dura-máter com objetivo de ocluir qualquer ponto de saída de líquido, seja ele primário (após ato cirúrgico imediato) ou secundário (decorrente de TCE, inflamação/infecção envolvendo a meninge, espontânea ou ainda como uma complicação pós-operatória tardia).
12. **Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano (3.14.01.30-9):** drenagem cirúrgica de hematoma intracraniano agudo ou crônico no espaço extradural, subdural, subaracnóideo/cisternal e/ou intraparenquimatoso. A drenagem pode ser através de craniotomia, craniectomia, trefina ou ainda trepanação.

I.E - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS DA NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR

CONCEITOS PRELIMINARES:

1. **Angiografia:** procedimento diagnóstico invasivo realizado com estudo contrastado estático do lúmen intravascular Intra e/ou extracraniano. A ponta do cateter é levada até o vaso a ser examinado. A partir deste estudo, são revelados filmes (angiogramas) com as imagens mais representativas do exame diagnóstico, ou do procedimento endovascular para controle e registro transoperatório/pós-operatório.
2. **Angioplastia:** procedimento com finalidade de tratamento do estreitamento do lúmen intravascular intra e/ou extracraniano. Realizado através de um balão endovascular.
3. **Cateterismo, não-seletivo, seletivo e superseletivo:** procedimento com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica, onde são utilizados cateteres ou microcateteres para cateterizar de forma não seletiva os troncos supra-aórticos (artérias carótidas comuns e subclávias), de forma seletiva (artérias carótidas comuns, interna e externa) e super-seletiva (ramos primários e secundários das artérias carótidas interna e externa).
4. **Embolectomia:** também conhecido como trombectomia, trata-se de um procedimento para o tratamento do AVC isquêmico onde se faz a remoção mecânica do trombo ocluindo o lúmen intravascular arterial através de dispositivos endovasculares.
5. **Embolização:** procedimento onde se faz a oclusão intravascular de vasos e/ou de aneurismas saculares através de utilização de materiais endovasculares específicos (molas, ônix, cola, partículas, etc.).
6. **Estudo cineangiográfico:** procedimento diagnóstico invasivo realizado através do estudo contrastado dinâmico do lúmen intravascular Intra e/ou extracraniano. A partir deste estudo, são gravados filmes em CDs para posterior estudo dinâmico dos vasos.
7. **Fístula Artéριοvenosa (FAV):** é uma comunicação anômala entre uma artéria e veia, sem a intermediação deste fluxo pela rede de capilares. O risco de sangramento está associado ao fluxo sanguíneo anômalo de um sistema de alta pressão (artéria) para um sistema de baixa pressão (veia), e por isso a necessidade de oclusão desta comunicação. Lembrando ainda, que toda FAV é também uma MAV.
8. **Malformação Artéριοvenosa (MAV):** é uma coleção anômala de vasos sanguíneos na qual o sangue arterial flui diretamente para as veias de drenagem sem os leitos capilares interpostos, através de um enovelado de vasos com anastomoses bizarras (nidus). Não há parênquima cerebral contido no dentro do nidus.
9. **Trombólise:** procedimento para o tratamento do AVC isquêmico onde se faz a dissolução química do trombo ocluindo o lúmen intravascular arterial através de substâncias trombolíticas (ex, Ateplase).

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MAIS UTILIZADOS:

1. **Aneurismas rotos ou trombosados – outros (3.09.10.02-1):** código referente ao tratamento emergencial de aneurisma roto ou trombosado por qualquer método (Endovascular ou cirurgia aberta). Observando que o aneurisma pode estar isolado ou em associação com outras malformações vasculares, como MAVs e FAVs.
2. **Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (4.08.12.03-0):** estudo hemodinâmico realizado na aorta em seus segmentos abdominal ou torácico para a subida do cateter de angiografia de forma segura ao realizar o contorno do cajado aórtico. É uma das primeiras etapas no estudo hemodinâmico intracraniano.
3. **Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (4.08.12.04-9):** estudo hemodinâmico das artérias carótidas comuns e artérias vertebrais (total de 4 vasos).
4. **Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (4.08.12.05-7):** estudo hemodinâmico de ramos secundários da carótida interna (ramos da artéria cerebral média, anterior, ou circulação posterior) ou carótida externa realizados através de microcateter para o estudo da microcirculação dos vasos pre ou pos lesão vascular (MAV, FAV, aneurismas, trombos, etc).
5. **Angiografia por punção (4.08.12.02-2):** código referente ao puncionamento da artéria femoral, carótida ou radial para iniciar os estudos hemodinâmicos necessários.
6. **Angiografia pós-operatória de controle (4.08.12.07-3):** angiografia final para controle do tratamento Endovascular realizado, utilizado para comparar com exame inicial da doença cerebrovascular. Trata-se de uma importante etapa para avaliar se o tratamento foi completo ou parcial.
7. **Angiografia transoperatória de posicionamento (4.08.12.06-5):** angiografia de controle realizado no trans-operatório para verificar o posicionamento do material endovascular, como guias, microguias, cateteres, microcateteres, filtro vascular, mola, cola, balão, stents, etc.

8. **Angioplastia de ramo intracraniano (4.08.13.06-1):** procedimento realizado para o tratamento da estenose ou vasoespasma intracraniano.
9. **Angioplastia de tronco supra-aórtico (4.08.13.07-0):** código referente ao tratamento do estreitamento crítico do lúmen intravascular com comprometimento da circulação a montante. Normalmente realizado através de balão endovascular e indicado para tratamento de estenose de carótida associado ou não a stent, ou ainda indicado no tratamento do vasoespasma.
10. **Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos (3.09.11.09-5):** estudo hemodinâmico necessário para identificação do tipo de tronco aórtico do paciente com finalidade de refinar a cateterização dos óstios dos ramos da aorta (subclávias, carótidas comuns) minimizando os traumas com cateter contra parede arterial e os riscos de deslocamentos de trombos oriundos de placas ateromatosas destes ramos. Um *road map* pode ser adquirido através deste estudo para um cateterismo seguro dos ramos da aorta.
11. **Colocação de stent em ramo intracraniano - por vaso (4.08.13.19-3):** código referente ao tratamento Endovascular estenose intracraniana, valorizado por cada vaso colocado stent.
12. **Colocação de stent em tronco supra-aórtico (4.08.13.20-7):** código referente à colocação de stent arterial da carótida para correção da estenose de carótida.
13. **Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (3.01.01.23-9):** curativo realizado após 30-40 minutos da retirada do introdutor na artéria femoral sob compressão local.
14. **Embolectomia ou trombolectomia arterial (3.09.10.08-0):** procedimento para o tratamento do AVC isquêmico onde se faz a remoção mecânica do trombo ocluindo o lúmen intravascular arterial através de dispositivos endovasculares, como por ex, stents e aspiração.
15. **Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso (4.08.13.54-1):** código referente ao tratamento endovascular de aneurismas saculares intracranianos, valorizado para cada vaso cateterizado no tratamento do aneurisma cerebral.
16. **Embolização de fistula arterio-venosa não especificada (4.08.13.71-1):** código referente ao tratamento endovascular de angioma de face através de embolização de ramos secundários dos ramos principais da artéria carótida externa.
17. **Embolização de fistula AV em cabeça, pescoço ou coluna -por vaso (4.08.13.57-6):** tratamento endovascular de FAVs de circulação cervical (carótidas e vertebrais), carótida extra e intracranianas. Valorizado por cada vaso alimentadora da FAVs (Feed) embolizado no tratamento. Este tratamento pode ocorrer em uma ou mais etapas dependendo da complexidade da FAV. Lembrando ainda que toda FAV é também uma MAVs.
18. **Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular - por vaso (4.08.13.56-8):** tratamento Endovascular de MAVs e FAVs intracranianos ou medulares, valorizado por cada vaso embolizado (*feeds*). Este tratamento pode ocorrer em uma ou mais etapas dependendo da complexidade da MAV ou FAV. Lembrando ainda que MAVs contém normalmente associadas outras patologias vasculares, como FAVs e aneurismas, que são da mesma forma tratados.
19. **Embolização de tumor de cabeça e pescoço (4.08.13.78-9):** código referente à embolização de vasos nutridores da lesão tumoral da cabeça e pescoço com o objetivo de diminuir o sangramento transoperatório na ressecção de tumores cabeça/pescoço e intracranianos, como meningiomas, tumor de glomus, dentre outros. Realizado normalmente até uma semana antes do procedimento.
20. **Embolização de tumor ósseo ou de partes moles (4.08.13.80-0):** código referente ao tratamento de tumores ósseos do crânio ou coluna, como cisto ósseo aneurismático, hemangiomas, etc.
21. **Embolização para tratamento de epistaxe (4.08.13.58-4):** procedimento onde há cateterização do tronco aórtico ao cateterismo super-seletivo de vasos da nasofaringe (ramos da artéria carótida externa), com objetivo de embolizar vasos sangrantes não controlado por métodos otorrinológicos tradicionais.
22. **Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (4.08.11.02-6):** código referente ao uso da radioscopia/fluoroscopia da hemodinâmica. Valorizado por hora de cirurgia. Este código também é utilizado em outras subáreas da neurocirurgia.

23. **Retira percutânea de corpos estranhos vasculares (3.09.12.21-0):** procedimento realizado para recuperação de material Endovascular implantado, como soltura inadvertida do material, molas que escaparam do colo do aneurisma, stents de trombectomia, etc.
24. **Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral (4.08.10.02-0):** teste realizado rotineiramente para avaliar a patência de anastomoses entre a circulação direita/esquerda e/ou circulação anterior/posterior.
25. **Trombólise medicamentosa em troncos supra-aórtico e intracranianos (4.08.14.04-1):** tratamento medicamentoso IV para o AVCi objetivando a dissolução química do trombo ocluindo o lúmen de vasos intracranianos.

II.F - CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS DA NEUROCIRURGIA FUNCIONAL

CONCEITOS PRELIMINARES:

1. **Segmento vertebral:** Espaço compreendido por duas vértebras e o disco intervertebral entre elas.
2. **Neuroforame:** Refere-se ao ponto de saída das raízes da coluna de cada segmento vertebral.
3. **Nível vertebral ou discal:** Refere-se a cada vértebra ou a cada disco intervertebral, individualmente.
4. **Segmento medular:** Porção da medula espinhal que dá origem a um par de raízes espinhais, direita e esquerda.
5. **Estereotaxia:** Método de localização de precisão milimétrica muito utilizado em neurocirurgia funcional que permite a identificação de alvos superficiais e profundos no encéfalo com mínimo dano tecidual. Utiliza-se de exames de imagens para identificar estruturas anatômicas, alvos funcionais ou lesões intracranianas a serem biopsiadas ou ressecadas. A determinação do alvo é feita através de cálculos matemáticos computacionais que definem três coordenadas cartesianas para cada alvo.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MAIS UTILIZADOS:

1. **Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar (1.01.05.07-7):** Refere-se ao transporte do paciente com o halo de estereotaxia fixado no crânio entre os ambientes intra-hospitalar, como enfermaria, UTI, centro de imagens (tomografia, ressonância magnética) e finalizando no centro cirúrgico, onde o procedimento será realizado.
2. **Biópsia estereotáctica (3.14.01.01-5):** Refere-se ao ato de, em ambiente de estereotaxia, retirar fragmentos de lesões ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e anatomopatológica.
3. **Bloqueio anestésico do plexo celíaco (3.16.02.05-3):** Bloqueio com anestésicos locais do plexo celíaco para alívio da dor abdominal crônica e intratável mediada por este plexo nervoso. Pode ser utilizado ainda como método diagnóstico-terapêutico na avaliação pré-operatória de bloqueio neurolítico ou rizotomia. Neste procedimento, ainda é alcançado outros nervos adjacentes do sistema nervoso autônomo (3.14.05.01-0) e periféricos (3.16.02.11-8), como os nervos esplâncnicos.
4. **Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cervico-torácico (3.16.02.13-4):** Refere-se ao bloqueio por método químico realizada em nervos cranianos ou cervico-torácica. Utilizado para tratamento de dor crônica (cranialgias, dores faciais, etc).
5. **Bloqueio Neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico (3.16.02.14-2):** Procedimento com a destruição do plexo celíaco ou outros nervos do sistema simpático através de substâncias químicas neurolíticas (álcool, fenol, etc) no tratamento da dor abdominal crônica. Como os nervos esplâncnicos e outros nervos simpáticos também são alvos deste procedimento, outros códigos de bloqueio do sistema nervoso autônomo (3.14.05.01-0) e periféricos (3.16.02.11-8) são incluídos.
6. **Bloqueio peridural ou subaracnoide com corticoide (3.16.02.16-9):** Procedimento realizado juntamente com outros tipos de infiltração da coluna vertebral para alívio da dor. O espaço peridural é alcançado por técnica interlaminal, paravertebral ou foraminal.
7. **Cervicotomia exploradora (3.02.12.01-4):** Consiste na exploração cirúrgica para acesso ao feixe vaso-nervoso com objetivo de identificação do nervo vago.
8. **Cirurgia da coluna por via endoscópica (3.07.15.05 – 9):** Procedimento utilizado em neurocirurgia funcional que permite intervenção na medula espinhal sob visão endoscópica ou assistida por ele, como por exemplo na cordotomia percutânea.
9. **Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular (4.08.13.36-3):** Utilizado para infiltrar medicamentos como anestésicos e/ou corticoide em pontos específicos da coluna vertebral, como por exemplo nos locais de saída dos nervos (forames) ou nas articulações facetárias. Este código deve ser multiplicado pelo número de facetes/segmentos vertebrais pelo número de neuroforames infiltrados e/ou articulações.
10. **Cordotomia-mielotomias por radiofrequência (3.14.02.01-1):** Procedimento utilizado no tratamento da dor crônica. Consiste na interrupção das vias nociceptivas na medula espinhal. Pode ser realizada com auxílio da microcirurgia ou percutânea com assistência de mielografia ou de endoscopia.
11. **Drenagem estereotáctica (3.14.01.06.-6):** Consiste na drenagem de coleções líquidas intracranianas (hematomas, cistos,

abscessos) com todo aparato de estereotaxia.

12. **Exploração cirúrgica do nervo – Neurólise externa (3.14.03.12-3):** Dissecção externa do nervo isolando-o das demais estruturas adjacentes para permitir a realização de procedimentos no nervo isolado.
13. **Impedanciometria (4.01.03.43-9):** Impedância é a resistência que um circuito faz à passagem de corrente elétrica. Como cada tecido (meio) tem sua impedância própria (substância cinzenta, substância branca do encéfalo, medula, sangue, líquido, osso, etc), sua medida tem também valor localizador também demonstra a integridade elétrica intraoperatória de dispositivos de neuroestimulação implantados. Utiliza-se este recurso na avaliação de polos de eletrodos implantados para estimulação elétrica do sistema nervoso e também para procedimentos por radiofrequência.
14. **Implante de eletrodo cerebral profundo (3.14.01.09-0):** Refere-se ao implante transitório de eletrodo para análise neurofisiológica durante o procedimento cirúrgico, assim como para realização de lesões por radiofrequência.
15. **Implante de eletrodo para estimulação cerebral ou medular (3.14.01.10-4):** Técnica muito utilizada em neurocirurgia funcional (distúrbios do movimento, dor crônica, epilepsia) em que o eletrodo é implantado por estereotaxia quando no encéfalo, e com auxílio de radioscopia para implante na medula espinhal, de forma precisa e definitiva, em contato com a estrutura anatômica definida previamente.
16. **Implante de gerador para neuroestimulação (3.14.03.14-0):** Refere-se à implantação do gerador de pulsos (fonte de energia ou bateria), que será conectado ao eletrodo através de cabo extensor, para produção e transmissão dos impulsos elétricos a serem liberados no(s) polo(s) ativo(s) do eletrodo. Esse procedimento pode ser multiplicado, dependendo do tipo de sistema de eletrodos utilizado. Pode ser utilizado em eletrodos cerebrais, medulares e de estimulação de nervos periféricos.
17. **Implante de halo estereotáctico para radiocirurgia (3.14.01.35-0):** Consiste na fixação do aparato (halo, guia) estereotáctico ao crânio do paciente. É a primeira etapa de todo procedimento estereotáctico. Pode ser feita sob anestesia local ou geral em ambiente hospitalar.
18. **Laminectomia ou laminotomia (3.07.15.19-9):** Procedimento utilizado em neurocirurgia funcional para possibilitar o acesso a intervenções na medula espinhal e também nas raízes espinais.
19. **Lesão da substância gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência (3.14.02.02-0):** Também chamado de Drezotomia, este procedimento é utilizado tanto no tratamento da dor crônica quanto espasticidade. Consiste na ablação de regiões da medula espinhal, através de lesão da substância gelatinosa e/ou tractomia de Lissauer. Acesso através de laminectomia e técnica microcirúrgica. O procedimento ablativo pode ser feito por meio de aplicação de radiofrequência, com eletrodo dedicado controlado pela medida de temperatura local ou com bipolar. O ato cirúrgico é remunerado pelo número de segmentos medulares envolvidos na ablação.
20. **Lesão estereotáctica de estruturas profundas para tratamento da dor ou movimento anormal (3.14.03.16-6):** Consiste na ablação, geralmente por radiofrequência, de estruturas anatômicas implicadas na fisiopatogenia da disfunção neurológica a ser tratada. Esse procedimento deve ser multiplicado pelo número de alvos.
21. **Localização estereotáctica de corpo estranho intracraniana com remoção (3.14.01.14-7):** Consiste na localização anatômica de estruturas ou lesões intracranianas (alvos) de forma extremamente precisa. Utiliza-se para tal identificação, diversos exames de imagem (ventriculografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética), atlas de estereotaxia, programa de estereotaxia para fusão de imagens e cálculo da trajetória e alvo). Cada alvo é identificado e localizado através de cálculos matemáticos (coordenadas cartesianas) assim como sua projeção no crânio (ponto de entrada) de forma individual. Esta é uma etapa essencial em todo procedimento que utiliza estereotaxia. Este procedimento deve ser multiplicado pelo número de alvos, pois cada alvo corresponde a um novo processo.
22. **Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos (3.14.03.21-2):** Refere-se ao ato de dissecção entre as fibras de um nervo.
23. **Monitorização neurofisiológica intra-operatória (2.02.02.04-0):** Recurso muito utilizado em neurocirurgia funcional para refinamento na localização de estruturas anatômicas (núcleos, nervos) e também na avaliação dinâmica do ato cirúrgico. Utiliza-se o registro de potenciais neuronais espontâneos e/ou a estimulação elétrica.
24. **Punção liquórica (3.07.15.25-3):** Além de método diagnóstico, aqui este procedimento é também utilizado para permitir intervenções percutâneas na medula espinhal e como acesso ao espaço subaracnóideo. Também é utilizado tanto nos teste pré-implante quanto nos implantes de bombas de infusão de fármacos intratecal para acessar os espaços liquóricos subaracnóideos.

25. **Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) (4.08.11.02-6):** A maioria dos procedimentos em neurocirurgia funcional são realizados sob controle radioscópico, seja para confirmação do posicionamento (eletrodo, agulha, cânula) na mira da estereotaxia, seja na realização de procedimentos percutâneos guiados por radioscopia que exigem interpretação contínua das imagens, como os realizados na coluna vertebral. Esse procedimento é multiplicado pelo tempo total do procedimento, em horas e frações.
26. **Rizotomia percutânea por segmento (3.14.03.33-6):** Procedimento muito utilizado em neurocirurgia funcional no tratamento da dor crônica. Também é utilizado no tratamento da espasticidade. Pode ser executada por método químico ou por radiofrequência.
27. **Tratamento da neuralgia do trigêmeo por via percutânea (3.14.04.03-0):** Trata-se de procedimento ablativo, minimamente invasivo, que pode ser feito de forma mecânica/isquêmica (compressão com balão), térmica (radiofrequência) ou química (glicerol ou outro agente neurolítico). Quando realizado por radiofrequência, exige a localização do ramo afetado através de estudo eletrofisiológico transoperatório que permitirá também avaliar o grau de ablação de forma seletiva.

II.G – CÓDIGOS DE PROCEDIMENTOS DE NERVOS PERIFÉRICOS

CONCEITOS PRELIMINARES:

1. **Plexo Braquial:** estrutura nervosa composta por raízes cervicais (C5-T1), estendendo-se até seus cordões em sua porção infraclavicular.
2. **Neuroma:** tumor de nervo periférico de origem primária, metastático ou após trauma do nervo.
3. **Síndrome compressiva de nervo periférico:** sintomatologia relacionada ao território inervado por um nervo que se encontra comprimido por estruturas fibrosas, musculares, ósseas de forma isolada ou em conjunto.
4. **Neurólise intraneural ou intrafascicular:** isolamento anatômico com liberação de fibras intrafascicular/intraneural envolvidos por debris e tecidos fibrosos e/ou inflamatórios. Quando realizado com microscopia, utiliza-se o termo microneurólise.
5. **Síndrome do desfiladeiro torácico:** sintomatologia relacionada à compressão neurovascular das estruturas envolvidas entre a primeira costela e a clavícula devido à costela cervical ou devido estruturas locais como os músculos escaleno e peitoral.
6. **Tenólise:** liberação física ou química de tendões envolvidos em uma compressão nervosa.
7. **Sinovectomia:** liberação cirúrgica da cápsula sinovial envolvida em uma compressão nervosa.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MAIS UTILIZADOS:

1. **Biópsia de músculo (3.03.11.01-2):** Retirada de fragmentos de tecido muscular, tumoral ou inflamatório, para exame anatomopatológico.
2. **Biópsia de nervo (3.14.03.01-8):** Retirada de fragmentos de tecido nervoso periférico, tumoral ou inflamatório, para exame anatomopatológico.
3. **Costela cervical – tratamento cirúrgico (3.07.15.07-5):** Durante a exploração cirúrgica é identificado e isolado o processo transversal de C7, bem como costela ou bandas fibróticas calcificadas ou não que se estendem deste processo, realizando-se a exérese da estrutura relacionada que contribua para a compressão dinâmica dentre estas.
4. **Dissecção muscular (3.07.30.05-8):** Toda estrutura nervosa tem íntima relação com algum músculo e para acessá-lo faz-se necessário a dissecção e por vezes sua mobilização.
5. **Enxerto interfascicular de nervo vascularizado (3.14.03.07-7):** Sob microscopia deve-se dissecar os fascículos, identificando a extensão da lesão, e uma vez retirando este segmento lesado, faz-se a reconstrução com cabos de enxertos, unindo um fascículo a outro.
6. **Enxerto parcial infratemporal do nervo facial – do gânglio geniculado ao meato acústico interno (3.04.04.03-7):** O nervo facial tem sua porção extracraniana marcada pela divisão em alguns ramos que participam na mímica da face. A lesão de um desses ramos pode ocorrer. Outra situação, pode ser feito a neurorafia termino lateral – nervo facial – enxerto - nervo facial.
7. **Enxerto total do nervo facial infratemporal (3.04.04.04-5):** O nervo facial pode sofrer lesão completa. Neste caso a união dos cotos remanescentes pode ser feita através de cabos de enxerto.
8. **Excisão de tumores dos nervos periféricos com enxerto interfascicular (3.14.03.10-7):** Dissecção intraneural (interfascicular) separando o tecido tumoral do tecido nervoso sadio.
9. **Exploração cirúrgica de nervo - Neurólise externa (3.14.03.12-3):** Envolve a manobra cirúrgica de isolar anatomicamente um nervo alvo ou parte dele, descolando-o de todo tecido adjacente, com finalidade de biópsia, enxerto, transposição, ressecção ou liberação.
10. **Exploração e decompressão total do nervo facial (3.04.04.05-3):** O nervo facial tem percurso intra-ósseo (osso temporal). Por vezes, é necessário a dissecção da porção intra-óssea do nervo facial como no caso da paralisia de Bell ou no caso de neurorafia direta do nervo facial (casos de lesão intracraniana) com parte do nervo hipoglosso.
11. **Lesão de nervo associada a lesão óssea (3.14.03.15-8):** Por vezes há fratura da clavícula, ou de ossos que compõem a articulação do ombro ou da escápula, o que necessita dissecção das estruturas nervosas próximas ao osso fraturado. Essa dissecação é mais laboriosa e exige muito mais tempo pela fibrose que tais fraturas produzem.

12. **Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise (3.14.03.18-2):** Nesta patologia, o plexo braquial é fruto de uma compressão, que pode ser de qualquer sorte: óssea, vascular, osteo-tendínea, fibrótica. Sob microscopia, é feita a identificação do plexo braquial e separação deste das demais estruturas.
13. **Microcirurgia do plexo braquial com exploração, Neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões (3.14.03.17-4):** Durante a cirurgia do plexo braquial, por vezes esta estrutura é dissecada dos tecidos circunvizinhos - músculos, vasos, tendões (neurólise) e uma vez identificado a inviabilidade desse tecido, é retirada a porção fibrosada e então substituí-se por cabos de enxertos.
14. **Microneurólise intraneural ou interfascicular de um nervo (3.14.03.20-4):** Realizado a retirada, sob microscopia, de tecido conjuntivo reacional ao redor dos fascículos, identificando e separando os fascículos do nervo que pode ser utilizado na anastomose ou sua simples liberação.
15. **Microneurorrafia múltipla (3.14.03.26-3):** Em alguns procedimentos, faz-se importante a neurorrafia de fascículos com nervos receptores (neurotransferência) que geralmente envolvem pelo menos dois nervos. Desta forma, este código deverá ser multiplicado x2.
16. **Microneurorrafia única (3.14.03.27-1):** Neurorrafia de um nervo executada sob magnificação de microscopia.
17. **Miorrafias (3.07.30.11-2):** Síntese de tecido muscular que foi seccionado, ou pelo ato cirúrgico como parte do acesso ao nervo periférico alvo, ou por lesões traumáticas neuromusculares como parte do tratamento.
18. **Monitorização neurofisiológica intra-operatória (2.02.02.04-0):** As lesões de nervo periférico podem assumir um comportamento dinâmico. Para evitar que lesão adicional ou ainda, para evitar um procedimento excessivo/iatrogênico, o estudo eletrofisiológico transoperatório (contínuo ou sob demanda) faz-se mandatário.
19. **Neurólise das neuropatias compressivas (3.14.03.28-0):** Refere-se a descompressão ou lise da parte nervosa envolvida na compressão com sua subsequente liberação.
20. **Paralisia facial – reanimação com neurotização (3.02.10.05-4):** Pacientes com lesão proximal do nervo facial, podem ter a recuperação deste nervo mediante a neurorrafia do nervo facial com parte ou com a totalidade de um nervo doador.
21. **Ressecção de neuroma (3.14.03.31-0):** Para a neurorrafia de uma estrutura nervosa, faz-se imperioso o preparo dos cotos em casos de ruptura dessa estrutura. Tal preparo implica em, sob microscopia em grande aumento, dissecar-se os fascículos macroscopicamente saudáveis imediatamente após o neuroma, e somente após a identificação desses fascículos, pode-se fazer a extirpação do neuroma traumático.
22. **Sinovectomia endoscópica (3.07.36.01-3):** Alguns neurocirurgiões optam pela técnica endoscópica para as cirurgias nervosas descompressivas. Essa técnica tem como proposta menor trauma cirúrgica mantendo a eficácia do tratamento.
23. **Tenólise túnel osteofibroso (3.07.31.09-7):** Em algumas síndromes compressivas, os nervos passam por tuneis osteofibrosos. Nessa situação, há a abertura da arcada de Struthers, fáschia de Osborne (túnel cubital), Arcada de Froese (supinador), aponeurose do músculo fibular longo (túnel fibular), retináculo do flexores (túneis do tarso).
24. **Transposição de nervo (3.14.03.35-2):** Trata-se da mobilização de um nervo do seu leito para um novo leito, seja ele íntegro ou para ser doador de fascículos a outro nervo distal aos cordões do plexo braquial.
25. **Tratamento da síndrome do desfiladeiro torácico (3.14.05.03-7):** Consiste em separar a estrutura nervosa (tronco inferior do plexo braquial) da causa compressiva, fazendo a miotomia ou exérese parcial do músculo escaleno (escalenectomia).
26. **Tratamento Microcirúrgico das Neuropatias Compressivas – tumor, inflamatório, etc (3.14.03.36-0):** Com auxílio de magnificação (microscopia) é realizada descompressão do tecido neural circunjacente a lesão.
27. **Túnel do carpo – descompressão (3.07.37.07-9):** O túnel do carpo é um túnel fibro-ósseo delimitado pelos ossos do carpo e pelo retináculo dos flexores. Os componentes ósseos do túnel do carpo formam um verdadeiro arco proximalmente pelos ossos pisiforme e tubérculo do escafoide e distalmente pelos ossos hamato e tubérculo do trapézio. Desta forma, a liberação do nervo mediano nesta síndrome compressiva envolve a liberação também deste túnel fibro-ósseo adjacente ao nervo.

II.H - KITS PADRÕES PARA PROCEDIMENTOS NEUROCIRÚRGICOS

KITS	JUSTIFICATIVA DE USO
KIT CRANIOTOMIA <ul style="list-style-type: none"> • Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou Hudson • Instrumento de corte esférico para drilagem • Fresa para craniótomo adulto ou infantil • Cera hemostática para osso 	<p>A abertura da calota craniana ou craniotomia envolve a trepanação seguida da craniotomia, sendo às vezes necessário a drilagem de pilares ósseos para uma melhor exposição. A hemostasia do osso é feita com cera óssea.</p>
KIT TREPANAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico 5 mm • Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina • Cera hemostática para osso 	<p>Abertura do crânio através de um pequeno orifício (Burr hole), pode onde se faz uma pequena abertura da dura-mater e cordicectomia para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos. A hemostasia do parênquima e óssea se faz necessária.</p>
KIT HEMOSTASIA <ul style="list-style-type: none"> • Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina • Hemostático absorvível de colágeno • Esponja de gelatina absorvível • Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande) 	<p>Série de materiais hemostáticos utilizados tanto para hemostasias nos tempos iniciais, trans-op e fechamento, quanto para manipulação delicada de estruturas parenquimais do sistema nervoso.</p>
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA <ul style="list-style-type: none"> • Cola biológica ou selante dural 5 ml 5ml • Tela de matriz colágena absorvível e maleável 	<p>A duroplastia é realizada habitualmente com gálea e/ou fáschia muscular (duroplastia autóloga), entretanto o fechamento hermético de algumas falhas durais grandes, somente é possíveis com a utilização de material sintético, associado ou não com enxertos autólogos.</p>
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA <ul style="list-style-type: none"> • 04 miniplacas e 16 parafusos em titânio ou 4 botões de osteossíntese • Cimento ósseo ou metilmetacrilato 10 g 	<p>Utilizado para o reposicionamento da calota craniana e/ou ossos da face por ocasião da craniotomia/acesso. Pode ser necessário o preenchimento de algumas falhas ósseas com o cimento ósseo.</p>
KIT CRANIOPLASTIA AUTÓLOGA <ul style="list-style-type: none"> • 04 miniplacas e 16 parafusos em titânio ou 4 botões de osteossíntese • Cimento ósseo ou metilmetacrilato 10 g 	<p>Utilizado para o reposicionamento da calota craniana sputada em abdome ou armazenada em banco de ossos. Pode ser necessário o preenchimento de algumas falhas ósseas com o cimento ósseo.</p>
KIT CRANIOPLASTIA SINTÉTICA I <ul style="list-style-type: none"> • 04 miniplacas e 16 parafusos em titânio ou 4 botões de osteossíntese • Cimento ósseo ou metilmetacrilato 10 g 	<p>Utilizados para fechamento de falhas cranianas de tamanhos pequenas ou médias onde não foi possível preservar o osso retirado devido fratura, infecção, tumor, craniectomia, osteotomias, etc.</p>
KIT CRANIOPLASTIA SINTÉTICA II <ul style="list-style-type: none"> • Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm • 04 miniplacas e 16 parafusos em titânio ou 4 botões de osteossíntese 	<p>Utilizados para fechamento de falhas cranianas de tamanhos pequenas ou médias onde não foi possível preservar o osso retirado devido fratura, infecção, tumor, craniectomia, osteotomias, etc.</p>
KIT CRANIOPLASTIA SINTÉTICA III <ul style="list-style-type: none"> • Prótese prototipada customizada • 04 miniplacas e 16 parafusos em titânio ou 4 botões de osteossíntese 	<p>Utilizado para fechamento de falhas cranianas de tamanho grande onde não foi possível preservar o osso retirado devido fratura, infecção, tumor, craniectomia, osteotomias, etc. É necessário realização de TC crânio com cortes finos para a confecção da prótese em 3D.</p>

KITS	JUSTIFICATIVA DE USO
KIT ANGIOGRAFIA DIAGNÓSTICA <ul style="list-style-type: none"> • Agulha de punção arterial • Guia hidrofílico (para introdutor) • Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo) • Fio guia com cobertura hidrofílica • Cateter diagnóstico para angiografia cerebral 	Kit necessário tanto para a realização do primeiro diagnóstico de patologias neurovasculares, quanto no primeiro tempo dos procedimentos neurovasculares terapêuticos. Este kit é sugerido para cada punção vascular.
KIT LAMINOPLASTIA <ul style="list-style-type: none"> • Fresa para laminotomia ou piezoelétrico • 01 Miniplaca + 4 parafusos automachiável para cada lâmina vertebral aberta 	Utilizado para o fechamento e reposicionamento das lâminas vertebrais retiradas na laminotomia.

1 - CONSULTÓRIO EM NEUROCIRURGIA

Nome Procedimento	1.1 - CONSULTA GERAL - CRÂNIO	
Descrição do procedimento	Consulta geral em neurocirurgia c/ exame neurológico completo	
CIDs do Procedimento	CID's envolvendo o sistema nervoso e/ou osteomuscular adjacente	
Indicação	Pacientes apresentando queixas e/ou exames de crânio e/ou intracraniano	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, US, Doppler carótidas-vertebrais, Doppler transcraniano, Doppler de nervo óptico, EEG, ENMG, TC, RM, Cintilografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
4.13.01.07-2	Campimetria manual - monocular	1C
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	1B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Depende do diagnóstico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.2 - CONSULTA + PUNÇÃO LOMBAR	
Descrição do procedimento	Além da consulta, a punção lombar é realizada para diagnóstico laboratorial de doenças inflamatórias/infecciosas, avaliação de cefaleia por hipertensão intracraniana benigna, infusão de quimioterápico, teste de Morfina ou Baclofeno Intratecal ou <i>Tap-test</i> (avaliação de hidrocefalia de pressão normal).	
CIDs do Procedimento		
Indicação	Investigação diagnóstica e/ou teste terapêutico	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, US, Doppler carótidas-vertebrais, Doppler transcraniano, Doppler de nervo óptico, EEG, ENMG, TC, RM, Cintilografia	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Agulha de punção lombar descartável	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Depende do diagnóstico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.3 - PROGRAMAÇÃO DE ELETRODO PARA NEUROESTIMULAÇÃO	
Descrição do procedimento	Consulta com realização de telemetria para leitura de parâmetros e programação de eletrodo (por sessão) ou bomba de infusão de fármaco intratecal	
CIDs do Procedimento	R52.1, G20, G21, G24, G25.8, G25.9, G26, G40, G41, R25.0, R25.8, G04.1, G11.4, G80.0, G80.2, G81.1, G82.1, G82.4, F33	
Indicação	Pacientes com neuroestimuladores ou bomba de fármaco Intratecal implantados	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
2.01.01.20-1	Avaliação clínica e eletrônica de paciente com marca-passo	2B
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Programador médico do neuroestimulador (fornecido pela empresa sem custos)	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Periódico conforme necessidade de ajustes na programação do neuroestimulador ou bomba	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Procedimento realizado através de telemetria para avaliação dos parâmetros de neuroestimulação aplicados (impedância, frequência, comprimento de onda, intensidade, contatos ativos, nível de carga, tempo vida útil) e parâmetros de bomba (concentração e dose do fármaco infundido, tempo para refil, tempo de vida útil)	

Nome Procedimento	1.4 - INFILTRAÇÃO PONTO-GATILHO OU AGULHAMENTO SECO	
Descrição do procedimento	Consulta e tratamento ambulatorial dor miofascial (por grupo muscular)	
CIDs do Procedimento	M62, M63, M96.9	
Indicação	Dor miofascial	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Alergia a lidocaína ou infecções no ponto alvo	
Exames da Indicação	Exame físico de pontos-gatilhos e/ou termografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto-gatilho ou agulhamento seco (por musculo)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Agulha de acupuntura	1 agulha/ponto
	e/ou	
	Seringa 10 ml	01
	Agulha	01
	Agulha	01
	Lidocaína sem vaso	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Alívio geralmente nas primeiras sessões	
Seguimento	A cada 3 meses	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.5 - CONSULTA DE RETORNO POS-OPERATÓRIO + CURATIVO	
Descrição do procedimento	Consulta e retirada de pontos com curativo final	
CIDs do Procedimento		
Indicação	Paciente em pós-operatório	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Não	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit curativo	01
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Se não houver deiscência de sutura ou infecção, paciente segue normalmente	
Seguimento	30 dias (para avaliar cicatrização)	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.6 – CONSULTA GERAL DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna para avaliar afecções da coluna vertebral. Envolve o tratamento conservador das patologias da coluna vertebral como dor, deformidades, etc com orientações específicas sobre medicações, fisioterapia, aplicação/orientação de órteses de coluna e outras terapias.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Pacientes com queixas de coluna vertebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia, Densitometria óssea	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Busca do alívio ou tratamento dos sintomas	
Seguimento	Semanal ou Quinzenal - Depende do diagnóstico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.7 – CONSULTA: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna para fratura da coluna vertebral (osteoporótica, patológica, traumática). Envolve orientações específicas sobre medicações, fisioterapia, aplicação/orientação de órteses de coluna e outras terapias nos casos de tratamento conservador (fratura estável) ou o paciente pode ter indicação de cirurgia (fratura instável).	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Pacientes encaminhados com fratura vertebral para avaliação e conduta	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Mobilidade restrita	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM ou Cintilografia óssea	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.02.07.22-3	Tratamento conservador de fratura de ossos	4C
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Consolidação da fratura, conforme grau da fratura e tipo de tratamento (conservador 3 meses; cirúrgico 1 mês)	
Seguimento	Hospitalar diário e pós alta hospitalar quinzenal por 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

2 - PARECER E VISITA HOSPITALAR EM NEUROCIRURGIA

Nome Procedimento	2.1 - RESPOSTA DE PARECER - CRÂNIO I (TCE, hipertensão intracraniana, hemorragias, abscesso)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia solicitada por outra especialidade na emergência ou internado para avaliar afecções urgentes de crânio. O neurocirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações.	
CIDs do Procedimento	G06.0, G07, G08, G93.2, I60.6, I60.7, I62.9, I67.6, P10.8, P10.9, P52.8, P52.9, R90.0 P13.0, S02.0, S02.1, S02.7, S02.8, S02.9, S06.9S07.1, S06, T90.2, T90.5	
Indicação	Paciente internado com pedido de parecer à neurocirurgia	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Punção lombar, Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
2.02.01.08-7	Tratamento conservador de TCE, HIC e hemorragia (por dia)	3C
4.13.01.07-2	Campimetria manual - monocular	1C
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	1B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica*	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim se punção lombar	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Nos casos necessário para o diagnóstico de HSA	

Nome Procedimento	2.2 - RESPOSTA DE PARECER - CRÂNIO II (TCE + Fratura de crânio)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia solicitada por outra especialidade na emergência ou internado para avaliar afecções urgentes de crânio. O neurocirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações.	
CIDs do Procedimento	I62.9, I67.6, P13.0, P52.8, P52.9, R90.0, S02.0, S02.1, S02.7, S02.8, S02.9, S07.1, S06, T90.2, T90.5	
Indicação	Pacientes com fratura de crânio	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
4.13.01.07-2	Campimetria manual - monocular	1C
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	1B
3.02.07.22-3	Tratamento conservador de fratura de ossos	4C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.3 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA I (Patologias Não Traumáticas da Coluna)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna solicitada por outra especialidade na emergência ou internado para avaliar afecções urgentes de coluna. O neurocirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Pacientes com patologias de coluna não traumáticas	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Depende diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.4 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA II (Patologias Não Traumáticas) + Infiltração Coluna na Emergência	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O neurocirurgião realiza infiltração de coluna na emergência para alívio da dor.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Crise de dor de coluna	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Alergia aos medicamentos infiltrados	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto-gatilho (por região muscular)	3A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Seringa 10 ml	01
	Agulha	01
	Agulha	01
	Lidocaína sem vaso	01
	Corticóide	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.5 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA III (Patologias Traumáticas/TRM da Coluna) Vertebral)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna para avaliar trauma de coluna solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O neurocirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Trauma de coluna	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta	5B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.6 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA IV (TRM CERVICAL) + TRAÇÃO CERVICAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia/coluna para avaliar trauma da coluna cervical solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O neurocirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico ou seguir em tratamento conservador com halo-vest/órtese.	
CIDs do Procedimento	M50.0, M50.1, M50.2, S12, S13, S14	
Indicação	TRM coluna cervical	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	RX, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.29-6	Tração cervical trans-esquelética	8B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Halo de crânio	
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc)	
Seguimento	Diário enquanto paciente estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Alta Morbidade	

Nome Procedimento	2.7 - RESPOSTA DE PARECER + PUNÇÃO LOMBAR	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em neurocirurgia solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. A punção lombar é realizada para diagnóstico laboratorial de doenças inflamatórias/infecciosas, avaliação de cefaleia por hipertensão intracraniana benigna, infusão de quimioterápico, teste de Morfina ou Baclofeno Intratecal ou <i>Tap-test</i> (avaliação de hidrocefalia de pressão normal).	
CIDs do Procedimento		
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Agulha de punção lombar descartável	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.8 - VISITA HOSPITALAR DE PÓS-OPERATÓRIO	
Descrição do procedimento	Visita hospitalar para acompanhamento de paciente internado para observação neurológica. Paciente não realizou cirurgia, mas pode se tornar cirúrgico.	
CIDs do Procedimento		
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
4.13.01.07-2	Campimetria manual - monocular	1C
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	1B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica*	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Dependendo da patologia	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Caso necessário para diagnóstico ou alívio cefaléia	

Nome Procedimento	2.9 - VISITA HOSPITALAR DIÁRIA - CRÂNIO I (Tratamento conservador de TCE, hipertensão intracraniana, hemorragias)	
Descrição do procedimento	Visita hospitalar para acompanhamento de paciente internado para observação neurológica. Paciente não realizou cirurgia, mas pode se tornar cirúrgico	
CIDs do Procedimento	G06.0, G07, G08, G93.2, I60.6, I60.7, I62.9, I67.6, P10.8, P10.9, P52.8, P52.9, R90.0 P13.0, S02.0, S02.1, S02.7, S02.8, S02.9, S06.9S07.1, S06, T90.2, T90.5	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
4.13.01.07-2	Campimetria manual - monocular	1C
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - binocular	1B
2.02.01.08-7	Tratamento conservador de TCE, HIC e hemorragia (por dia)	3C
3.07.15.25-3	Punção Liquórica*	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário até alta hospitalar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Nos casos necessário para diagnóstico	

Nome Procedimento	2.10 - VISITA HOSPITALAR - CRÂNIO II (TCE + Fratura de crânio)	
Descrição do procedimento	Visita hospitalar para acompanhamento de pacientes com TCE e fratura de crânio internado para observação neurológica. Paciente não realizou cirurgia, mas pode se tornar cirúrgico.	
CIDs do Procedimento	I62.9, I67.6, P13.0, P52.8, P52.9, R90.0, S02.0, S02.1, S02.7, S02.8, S02.9, S07.1, S06, T90.2, T90.5	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
2.02.01.08-7	Tratamento conservador de TCE, HIC e hemorragia (por dia)	3C
3.02.07.22-3	Tratamento conservador de fratura de ossos	4C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.11 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA I (Patologias Não Traumáticas)	
Descrição do procedimento	Paciente internado para controle da crise de dor na coluna e/ou investigação diagnóstica	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Depende diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.12 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA II (Patologias Não Traumáticas) + Infiltração Coluna	
Descrição do procedimento	Paciente internado para controle da crise dor na coluna sem alívio com medicações venosas. O cirurgião realiza infiltração de coluna para alívio da dor.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto-gatilho (por região muscular)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Seringa 10 ml	01
	Agulha	01
	Agulha	01
	Lidocaína sem vaso	01
	Corticóide	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.13 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA III (Patologias Traumáticas/TRM da Coluna)	
Descrição do procedimento	Paciente com trauma de coluna internado para tratamento conservador em uso de órteses ou repouso no leito, podendo ainda se tornar um caso cirúrgico.	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Trauma de coluna	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta	5B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.14 - VISITA HOSPITALAR + PUNÇÃO LIQUÓRICA	
Descrição do procedimento	Visita hospitalar onde se realiza também a punção liquórica (tratamento de fistula liquórica, infusão de medicamentos ou diagnóstico)	
CIDs do Procedimento		
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Agulha de punção lombar descartável	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade		
Seguimento		
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	2.15 - VISITA HOSPITALAR: ACOMPANHAMENTO DE CATETER PERIDURAL	
Descrição do procedimento	Acompanhamento/orientação da terapia peridural de cateter implantado para avaliação de dor crônica (teste da morfina), espasticidade (teste do baclofeno), ou analgesia pós-operatório de cirurgias de coluna.	
CIDs do Procedimento	M54, R07.4, R10, R52	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.16.02.02-9	Analgesia p/ dia subsequente, acompanhamento de analgesia por cateter peridural	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	3-5 dias	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

3 – TRAUMA

Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	3.1 - CATETER DE PIC	
Descrição do procedimento	Introdução de cateter de PIC no parênquima cerebral, espaços extradural ou subdural para monitoramento da pressão intracraniana. Cateter não é colocado no ventrículo cerebral.	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D352, D430, D431, D432, D433, D434, D437, D439, D443, G936, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063. 065, S066, S067	
Indicação	Monitorização e controle da hipertensão intracraniana de origem traumática ou não que causem edema ou inflamação cerebral, hemorragias intracranianas e hérnias cerebrais.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Morte encefálica	
Exames da Indicação	RaioX do crânio, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonancia Magnetica do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Sistema para monitorização da PIC (intraparenquimatoso, subdural, extradural) com ou sem medição da temperatura integrada.	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 15 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Sistema de cateter implantavel no cerebro para monitorização da PIC e medidor (polígrafo) externo	
Resolutividade	Tratamento e controle da pressão intracraniana em crianças e adultos	
Seguimento	Diário em UTI por Neurointensivista, neurocirurgião e neurologista	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Procedimento de monitorização dentro da UTI para preservação da função cerebral	

Nome Procedimento	3.2 - DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA DVE/PIC	
Descrição do procedimento	Introdução de cateter no ventrículo cerebral para drenagem de líquido e monitoramento da pressão intracraniana (PIC)	
CIDs do Procedimento	G049, G910, G911, G912, G913, G918, G919, G930, G932, G940, G941, G942, Q030, Q031, Q038, Q039, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054	
Indicação	Monitorizar e controlar a hipertensão intracraniana por drenagem líquorica assistida dos ventrículos cerebrais	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Presença de gradientes pressóricos entre os compartimentos intracranianos	
Exames da Indicação	Ultrassom do crânio em crianças, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.05-8	Derivação Ventricular Externa	5C
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Sistema de derivação ventricular externa – cateter ventricular acoplado ao monitor de PIC (intraventricular) com ou sem medição da temperatura integrada.	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 15 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Cateter ventricular e monitor (polígrafo) externo	
Resolutividade	Tratamento e controle da pressão intracraniana e intraventricular em crianças e adultos	
Seguimento	Médico diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Visa preservar a função cerebral e reduzir danos por hipertensão intracraniana	

Nome Procedimento	3.3 - DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA (DLE)	
Descrição do procedimento	Introdução de cateter lombar externo para de drenagem líquor e/ou monitoramento da pressão intrarraqueana.	
CIDs do Procedimento	C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C795, D320, D321, D329, D330, D331, D332, D333, D334, D337, D339, G049, G910, G911, G912, G913, G918, G919, G930, G932, G940, G941, G942, G960, I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I671, M500, M501, Q030, Q031, Q038, Q039, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, S069	
Indicação	Drenagem externa de líquor para tratamento de fistulas liquoricas cranianas e raquidianas e/ou monitoramento e controle da pressão intrarraqueana.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Gradiente pressórico entre os compartimentos intracranianos	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada do crânio e/ou coluna vertebral, Ressonância magnética do crânio e/ou coluna vertebral	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.08-3	Derivação lombar externa	6A
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Sistema de derivação lombar externa com coletor esteril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Sistema de derivação lombar externa com coletor esteril	
Resolutividade	Tratamento de fistula liquorica craniana e raqueana e controle da pressão intra raqueana	
Seguimento	Medico diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Garantir recuperação da circulação liquorica por vias fisiologicas	

Nome Procedimento	3.4 - DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL (DVP)	
Descrição do procedimento	Desvio do liquor do sistema ventricular intracraniano para a cavidade peritoneal. Inclui revisões do sistema.	
CIDs do Procedimento	G910, G911, G912, G913, G919, G930, G940, G941, G942, Q030, Q031, Q038, Q039, Q046, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054	
Indicação	Alívio da hidrocefalia e da hipertensão intraventricular	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Gradiente de pressão entre compartimentos intracranianos e infecção intracraniana	
Exames da Indicação	Ultrassom do crânio, Tomografia computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do crânio.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.23-6	Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões	10
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora	7A
3.10.08.06-2	Implante de cateter peritoneal	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Sistema de cateteres de derivação ventrículo-peritoneal com válvula (standard de pressão fixa ou regulável) tamanho adequado para criança ou adulto	01
	Tunelizador sub cutâneo	01
Se necessário	Dispositivo anti-sifão	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle da hidrocefalia e da hipertensão intraventricular	
Seguimento	Medico diário e ambulatório pós alta hospitalar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.5 - DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-ATRIAL (DVA)	
Descrição do procedimento	Desvio do liquor do sistema ventricular intracraniano para a cavidade atrial cardíaca direita. Inclui revisão do sistema	
CIDs do Procedimento	G910, G911, G912, G913, G919, G930, G940, G941, G942, Q030, Q031, Q038, Q039, Q046, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054	
Indicação	Controle da hidrocefalia e da hipertensão intracraniana	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Gradiente pressórico entre os compartimentos intracranianos. Endocardite.	
Exames da Indicação	Ultrasson do crânio e venoso no pescoço, Tomografia do Crânio, Ressonância Magnética do crânio.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.23-6	Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões	10B
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.09.13.09-8	Dissecção de veia c/ colocação de cateter venoso	3A
3.09.11.04-4	Cateterismo cardíaco direito e/ou esquerdo c/ ou s/ cineangiografia	7C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Tunelizador sub cutâneo	01
	Sistema de cateteres de derivação ventrículo-atrial com válvula (standard – pressão fixa ou regulável) tamanho adequado para crianças e adultos	01
Se necessário	Dispositivo anti-sifão	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle da hidrocefalia e da hipertensão intracraniana.	
Seguimento	Medico diário e ambulatorial pós alta hospitalar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Procedimento indicado em crianças e adultos	

Nome Procedimento	3.6 - DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PLEURAL (DVPL)	
Descrição do procedimento	Desvio do liquor cefalorraquidiano do sistema ventricular intracraniano para cavidade pleural. Inclui revisão do sistema	
CIDs do Procedimento	G910, G911, G912, G913, G919, G930, G940, G941, G942, Q030, Q031, Q038, Q039, Q046, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054	
Indicação	Hidrocefalia, fistula liquorica, hipertensão intraventricular, como alternativa às DVP e DVA	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Gradiente pressórico entre os compartimentos intracranianos e infecções intracranianas.	
Exames da Indicação	Ultrasson do ranio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.23-6	Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões	10B
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.08.04.08-6	Punção pleural	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Sistema de cateteres de derivação ventricular e peritoneal para uso alternative intrapleural com válvula (standard – pressão fixa ou regulável)	01
	Tunelizador sub cutâneo	01
Se necessário	Dispositivo anti-sifão	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Sistema de cateteres e válvula para derivação liquorica	
Resolutividade	Controle da hidrocefalia e da pressão intracraventricular	
Seguimento	Medico diário e ambulatorial pós alta hospitalar.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.7 - DERIVAÇÃO LOMBO-PERITONEAL (DLP)	
Descrição do procedimento	Desvio do liquor do sistema intrarraquidiano lombar para cavidade peritoneal. Inclui revisão do sistema	
CIDs do Procedimento	G910, G912, G913, G918, G919, G932, G940, G941, G942	
Indicação	Hidrocefalia e hipertensão intracraniana com ventrículos reduzidos, fistula liquórica.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Gradiente pressórico entre compartimentos intracranianos e infecção intracraniana	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.23-6	Sistema de derivação ventricular interna com válvula ou revisões	10B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora	7A
3.10.08.06-2	Implante de cateter peritoneal	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Sistema de cateteres de derivação ventrículo-peritoneal com válvula (standard de pressão fixa ou regulável)	01
	Tunelizador sub cutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	02
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Sistema de cateteres e válvula	
Resolutividade	Controle da hidrocefalia e da pressão intracraniana	
Seguimento	Medico diário e ambulatorial pós hospitalar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA AFUNDAMENTO DE CRÂNIO	
Descrição do procedimento	Correção cirúrgica de fratura afundamento de crânio, sem drenagem de hematoma. Pode envolver um ou mais ossos craniofacial	
CIDs do Procedimento	S020, S021, S023, S027, S071	
Indicação	Fraturas de crânio com afundamento e deslocamento de fragmentos para dentro do cranio	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	co- morbidades clinicas e instabilidade cardio circulatória e/ou respiratória para cirurgia	
Exames da Indicação	RX de crânio, Tomografia computadorizada do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.08-0	Tratamento cirúrgico da fratura do crânio/afundamento	9B
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
3.02.09.05-6	Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal**	10B
3.02.07.04-5	Redução de fratura do seio frontal (acesso coronal)**	8C
3.03.02.06-4	Fratura de órbita - redução cirúrgica***	9A
3.03.02.02-1	Descompressão da órbita ou nervo óptico***	9B
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias***	9B
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva T	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias***	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo e coaguladores monopolar e bipolar	
Resolutividade	Alinhamento ósseo, fechamento e reparação cosmética do crânio	
Seguimento	Medico diário e ambulatorial pós alta hospitalar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a cirurgia envolver o osso temporal e sua correção cirúrgica fizer parte do processo. ** Quando a fratura envolver o osso frontal e sua correção cirúrgica fizer parte do processo. *** Quando a fratura envolver a(s) órbita(s) e sua correção cirúrgica fizer parte do processo. T Quando houver necessidade de descompressão associado ao procedimento principal.	

Nome Procedimento	3.9 - DRENAGEM DO HEMATOMA INTRACRANIANO	
Descrição do procedimento	Drenagem aberta de hematoma intracraniano (extradural, subdural, intraparenquimatoso) com valor final conforme acesso (temporal, frontal, etc).	
CIDs do Procedimento	I610, I611, I612, I613, I614, I615, I616, I618, I621, S064, I629, I691, I692, S063, S065, P100	
Indicação	Drenagem de coleção hemorrágica intracraniana e descompressão cerebral	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade cardio-circulatoria, respiratória e coagulopatia não controlada	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do crânio.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano	11C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
3.02.09.05-6	Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal**	10B
3.02.07.04-5	Redução de fratura do seio frontal (acesso coronal)**	8C
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva T	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Coagulador monopolar e bipolar. Aspirador a vácuo	
Resolutividade	Recuperação funcional do cérebro	
Seguimento	Medico diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a cirurgia envolver o osso temporal como na via de acesso. ** Quando a fratura envolver o osso frontal como na via de acesso. T Quando houver necessidade de descompressão associado ao procedimento principal.	

Nome Procedimento	3.10 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE CRÂNIO + DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACRANIANO	
Descrição do procedimento	Correção cirúrgica da fratura do crânio e drenagem aberta do hematoma intracraniano. Valor final conforme osso do crânio envolvido (acesso/correção)	
CIDs do Procedimento	S020, S021, S023, S027, S071, I621, S064, I610, I611, I612, I613, I614, I615, I616, I618, I621, S064, I629, I691, I692, S063	
Indicação	Fraturas de crânio com afundamento e deslocamento de fragmentos para dentro do crânio acompanhadas da drenagem de coleções hemorrágicas intracranianas.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade cardiocirculatória e respiratória, coagulopatia descompensada.	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio .	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.08-0	Tratamento cirúrgico da fratura do crânio/afundamento	9B
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano	11C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
3.02.09.05-6	Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal**	10B
3.02.07.04-5	Redução de fratura do seio frontal (acesso coronal)**	8C
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva †	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titânio para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo e coagulador monopolar e bipolar	
Resolutividade	Resgate da função cerebral	
Seguimento	Medico diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a cirurgia envolver o osso temporal como na via de acesso. ** Quando a fratura envolver o osso frontal como na via de acesso. † Quando houver necessidade de descompressão associado ao procedimento principal.	

Nome Procedimento	3.11 – DRENAGEM HEMATOMA INTRACRANIANO VIA ENDOSCÓPICA	
Descrição do procedimento	Drenagem endoscópica do hematoma intracraniano (ventricular, intraparenquimatoso, etc)	
CIDs do Procedimento	I610, I611, I612, I613, I614, I615, I616, I618, I621, S064, I629, I691, I692, S063, A810, A811, A812, A818, B220, B690, B699, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, G060, G062, G309, G379, G930, G934	
Indicação	Drenagem de coágulos sanguíneos intracerebrais por via minimamente invasiva através de endoscopia.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatias não controladas	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.03-1	Cirurgia Intracraniana por via endoscópica	11A
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano	10B
3.14.01.05-8	Derivação Ventricular Externa	5C
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
3.14.01.24-4	Terceiro Ventriculostomia*	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml 2 ml	01
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 5 g	01
	Sistema de derivação externa com cateter ventricular e coletor externo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Equipamentos de neuroendoscopia e torre de vídeo, Neuronavegador, equipamento para Estereotaxia.	
Resolutividade	Alívio da compressão cerebral e/ou da hipertensão intraventricular/ e/ou desobstrução do trânsito liquorico ventricular para melhora das funções cerebrais.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando o procedimento incluir terceiroventriculostomia como parte do procedimento.	

Nome Procedimento	3.12 - CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado para decompressão cerebral, causada por inchaço, edema ou processo expansivo cerebral de origem traumática ou não. Nos casos de craniotomia decompressiva bilateral, valor final será multiplicado x2.	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D352, D430, D431, D432, D433, D434, D437, D439, D443, G936, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063	
Indicação	Aliviar a compressão cerebral e reduzir a hipertensão intracraniana. Salvar a vida.	
Caráter da Indicação	() Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatias descompensadas. Contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio , Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.02-1	Craniotomia decompressiva	9C
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano	11C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica	10C
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora*	7A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Sistema para monitorização da PIC (intraparenquimatoso, ou subdural, ou extradural) com ou sem medição da temperatura integrada	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, Coagulador monopolar e bipolar,	
Resolutividade	Reduzir a morbi-mortalidade relacionados ao traumatismo crânio-encefálico	
Seguimento	Diário e consultas mensais pós alta hospitalar.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a calota craniana for armazenada em abdome.	

Nome Procedimento	3.13 - MUCOCELE FRONTAL - Ressecção Cirúrgica	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico para remoção de mucocele frontal e reparação cosmética do defeito osseo	
CIDs do Procedimento	J341	
Indicação	Ressecção de mucocele e reparação cosmética do osso frontal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx do crânio, Tomografia computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.20-1	Ressecção de mucocele frontal	8B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Cura da mucocele frontal	
Seguimento	Medico diário e consultas mensais pós alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.14 - ABCESSO CEREBRAL - Drenagem Cirúrgica Aberta	
Descrição do procedimento	Drenagem cirúrgica por via aberta do abscesso intracraniano	
CIDs do Procedimento	A811, A812, A818, B220, G060, G062, G930, Q046, A178	
Indicação	Drenagem de coleção purulenta e combate à infecção intracraniana	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada. Contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.29-5	Tratamento cirúrgico do abscesso encefálico	11C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Alívio da compressão cerebral e da hipertensão intracraniana e melhora da função cerebral.	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.15 - OSTEOMIELEITE DE CRÂNIO - Tratamento Cirúrgico	
Descrição do procedimento	Ressecção de parte da calota craniana infectada	
CIDs do Procedimento	M860, M861, M862, M863, M864, M865, M866, T983	
Indicação	Tratamento de infecção óssea craniana e prevenção de meningite.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	RX de Crânio, Tomografia Computadorizada do Crânio, Ressonância Magnética de Crânio.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.09-9	Tratamento cirúrgico de Osteomielite de Crânio	8B
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal *	11B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese **	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Tratamento da infecção e fechamento da calota óssea quando possível e indicado.	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a craniectomia envolver osso temporal ** Quando a cirurgia envolver a remoção de material de fechamento de crânio e/ou dura-máter infectados.	

Nome Procedimento	3.16 - AVC ISQUÊMICO MALIGNO - Tratamento Cirúrgico	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico do infarto da ACM para reperfusão da microcirculação na área de penumbra através da descompressão cirúrgica do inchaço, edema e herniação cerebral	
CIDs do Procedimento	G458, I64, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691	
Indicação	Melhora da circulação cerebral , alívio da hipertensão intracraniana e redução de dano cerebral.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio, Ultrassonografia e fluxometria intracraniana.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.06.43-1	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	12C
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva	9C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora*	7A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Alívio da compressão cerebral e da hipertensão intracraniana e melhora da função cerebral.	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a calota craniana for armazenada em abdome.	

Nome Procedimento	3.17 - FÍSTULA LIQUÓRICA – CRÂNIO	
Descrição do procedimento	Tratamento de fistula liquórica de qualquer etiologia : pós-operatório de cirurgias de crânio, fistula pós-TCE ou fistula liquórica espontânea	
CIDs do Procedimento	G960, G961, S069	
Indicação	Impedir o vazamento de liquor para fora do crânio e prevenir a infecção intracraniana	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio, Cintilografia cerebral com radioisotopos	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica *	8C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Cura da fistula e recuperação da circulação liquorica fisiologica	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Pode ser usada Tela de matriz colágena absorvível e maleável	

Nome Procedimento	3.18 - CRANIOPLASTIA	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da falha óssea de crânio utilizando acrílico, prótese customizada e/ou ainda o próprio osso armazenado em abdome ou banco de ossos (quando ainda viável)	
CIDs do Procedimento	C410, C434, C444, C795, D164, D480, G978, Q750, Q751, Q752, Q758, S020, S021, T902, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D352, D420, D421, D430, D431, D432, D433, D434, D437, D439, D443, G936, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063	
Indicação	Fechamento hermetico do crânio e restauração cosmetica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada ou contra-indicação anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio com reconstrução 3D e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.01-3	Cranioplastia	9A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Fechamento hermético do crânio e restauração comestica.	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós a alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	3.19 – RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE CRÂNIO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para retirada de material de síntese infectado e/ou danificado (cranioplastia, botões de crânio, etc). Pode ser ainda utilizado para retirada de materiais que perfuraram o crânio (projétil, arma branca, fragmentos metálicos, vidros, etc). Este procedimento pode entrar como complementar dos outros códigos de trauma descritos neste capítulo, caso haja necessidade de retirada de corpo estranho também nas outras cirurgias.	
CIDs do Procedimento	S017, S018, S019, S020, S021, S054, T901, T902, T905	
Indicação	Retirar material estranho e promover a limpeza do crânio e do tecido cerebral para evitar infecção e fistula liquórica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.04-0	Craniotomia para remoção de corpo estranho	11C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml 5 ml	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e coagulador bipolar	
Resolutividade	Alívio da compressão cerebral por inchaço e da hipertensão intracraniana, melhora da função cerebral e fechamento hermético do crânio com adequação cosmética.	
Seguimento	Diária e consultas mensais pós a alta hospitalar durante 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando a craniectomia envolver osso temporal	

4 – NEUROINTENSIVISMO

Nome Procedimento	4.1 - Avaliação do Paciente Neurocrítico	
Descrição do procedimento	Avaliação de paciente neurocrítico em UTI por dia	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D352, D430, D431, D432, D433, D434, D437, D439, D443, G936, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063.	
Indicação	Conduta neurocirúrgica para salvar vida e reduzir o dano cerebral no doente grave em UTI	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Potencial evocado somato sensitivo, visual e auditivo.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.04.01-1	Atendimento do intensivista diarista por dia	2B
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) – binocular	1B
2.02.01.08-7	Tratamento conservador de TCE, HIC e hemorragia (por dia)*	3C
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)*	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Não	
Internação Dias	UTI 14 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Salvar a vida e Redução do dano cerebral na fase critica da doença neurologica.	
Seguimento	3 visitas diárias..	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Avaliação em paciente neurocrítico com patologia encefálica e/ou medular	

Nome Procedimento	4.2 - Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC)	
Descrição do procedimento	Monitorização da pressão intracraniana por dia através de métodos invasivos ou não-invasivos	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C722, C723, C724, C725, C728, C729, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D352, D430, D431, D432, D433, D434, D437, D439, D443, G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063.	
Indicação	Controle das crises de hipertensão intracraniana em pacientes com doenças cerebrais.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Potencial evocado somato sensitivo, visual e auditivo.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Não	
Internação Dias	UTI 14 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Reduzir a morbi-mortalidade relacionados ao traumatismo crânio-encefálico	
Seguimento	3 Visitas diárias	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.3 – Eletroencefalografia (EEG)	
Descrição do procedimento	Monitoramento por EEG do paciente internado na UTI. Código EEG p/ cada 2h	
CIDs do Procedimento	G40.(1 – 9) de ocorrência em doenças neurológicas	
Indicação	Controle permanente da atividade elétrica cerebral e tratamento das crises epiléticas no paciente crítico em UTI.. Critério e determinação da morte cerebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Potencial evocado somato sensitivo, visual e auditivo.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.01.03.20-0	EEG especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongada	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Não	
Internação Dias	UTI 14 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aparelho de EEG e polígrafo multifuncional	
Resolutividade	Reduzir a morbi-mortalidade relacionados ao estado de mal convulsivo e não-convulsivo	
Seguimento	Cada 2 horas na UTI	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.4 – Doppler Transcraniano (DTC)	
Descrição do procedimento	Exame realizado em paciente internado na UTI por dia	
CIDs do Procedimento	G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063.	
Indicação	Controle rigoroso do fluxo sanguíneo intracraniano no doente neurológico crítico.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.09.01.60-2	Doppler Transcraniano	4A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Não	
Internação Dias		
	UTI 14 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Equipamento de Doppler transcraniano	
Resolutividade	Auxilia no tratamento das alterações de fluxo sanguíneo cerebral e da isquemia para redução de dano cerebral	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.5 – Ultrassom do Nervo Óptico (USNO)	
Descrição do procedimento	Ultrassom do nervo óptico utilizado como metodologia não invasiva para avaliação da pressão intracraniana	
CIDs do Procedimento	G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063.	
Indicação	Avaliação da pressão intracraniana por método não invasivo em paciente neurologico.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.15.01.06-3	Investigação ultrassônica com registro gráfico (qualquer área)	2B
4.09.01.01-7	Globo Ocular – Bilateral	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aparelho de Ultrassom	
Resolutividade	Auxilia no tratamento das crises de hipertensão intracraniana e redução do dano cerebral.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.6 - Monitorização da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)	
Descrição do procedimento	Monitorização a cada 12hs da PPC para avaliação indireta do fluxo sanguíneo cerebral	
CIDs do Procedimento	G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063	
Indicação	Controle do fluxo sanguíneo para evitar isquemia e dano cerebral.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Potencial evocado somato sensitivo, visual e auditivo.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
2.02.02.03-2	Monitorização hemodinâmica invasiva por 12h	2A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Poligrafo para mensuração	
Resolutividade	Adequação do fluxo sanguíneo cerebral as necessidades metabólicas	
Seguimento	2 visitas diárias	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.7 - Monitorização da Autorregulação Cerebral - Índice de Reatividade Cerebrovascular (PRx)	
Descrição do procedimento	A monitorização da autorregulação cerebral a cada 12h através do PRx através da correlação linear de Pearson entre a pressão arterial média e a pressão intracraniana	
CIDs do Procedimento	G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063	
Indicação	Controle do fluxo sanguíneo para evitar isquemia e dano cerebral.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Potencial evocado somato sensitivo, visual e auditivo	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
2.02.02.03-2	Monitorização hemodinâmica invasiva por 12h	2A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Poligrafo para mensuração	
Resolutividade	Garantir a autorregulação cérebro-vascular e redução de dano encefalico	
Seguimento	Visita diária	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.8 - Implante Cateter Bulbo da Jugular	
Descrição do procedimento	Cateterismo retrógrado da veia jugular para avaliação de parâmetros gasométricos	
CIDs do Procedimento	G936, G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S062, S063.	
Indicação	Controle de adequada oxigenação cerebral e otimização metabólica tecidual	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	não	
Exames da Indicação	Ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.09.13.01-2	Implante de cateter venoso central por punção	4B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Cateter de bulbo jugular (Swan-Ganz)	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle e Adequação do metabolismo oxigenação cerebral, para redução de dano funcional.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.9 - Implante cateter microdiálise cerebral	
Descrição do procedimento	Introdução de cateter de microdiálise no parênquima cerebral para avaliar metabolismo cerebral	
CIDs do Procedimento	C710, D330, D331, D332, G458, G910, G911, G919, G932, G936, I64, , G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S060, S061, S062, S063, S065, S066, S067	
Indicação	Mensurar e controlar o metabolismo do microambiente parenquimatoso cerebral	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia não controlada	
Exames da Indicação	Ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano, Tomografia computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano	8A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
Alternativa p/ Kit Trepanação se disponível	Kit descartável para acesso craniano	01
	Sistema de cateteres para microdiálise cerebral	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Auxilia na redução de dano cerebral e sequela neurológica	
Seguimento	Duas visitas diárias	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	4.10 - Hipotermia	
Descrição do procedimento	Utilizada como terapêutica para o tratamento da hipertensão intracraniana refratária ou como medida de neuroproteção	
CIDs do Procedimento	C710, D330, D331, D332, G458, G910, G911, G919, G932, G936, I64, , G91, I610, I611, I614, I615, I616, I620, I621, I630, I631, I632, I633, I634, I635, I636, I638, I691, S060, S061, S062, S063. S065, S066, S067	
Indicação	Hipertensão intracraniana	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	não	
Exames da Indicação	Ultrassom e doppler com fluxometria intracraniano Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.16.01-1	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatoria total	10A
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Auxilia na redução de dano cerebral e sequela neurologica	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

5 - TUMORES INTRACRANIANOS

*Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	5.1 – TUMORES GERAIS	
Descrição do procedimento	Microcirurgia para remoção de tumores localizados na convexidade ou na profundidade do parênquima não envolvendo acessos para base de crânio ou tumores ósseos. Não utilizado localização estereotática	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C753, C793, D320, D330, D331, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D433, D437, D443, D444, D445	
Indicação	Tumor intracraniano	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatias descompensadas e contraindicações clínicas ou anestésicas	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatorio,	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coaguladores monopolar e bipolar	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
	Sistema para Aspiração Ultrassônica - sob justificativa	
Resolutividade	Remoção do tumor e restituição da função neurológica	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Incluir códigos quando acesso envolver osso temporal **Incluir código quando realizado	

Nome Procedimento	5.2 –BIÓPSIA ABERTA DE LESÕES DO ENCÉFALO	
Descrição do procedimento	Cirurgia a céu aberto através de uma trepanação ou pequena craniotomia para retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica	
CIDs do Procedimento	A810, A811, A812, A818, B220, B690, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C793, D330, D331, D332, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D437, D443, D445	
Indicação	Diagnostico etiologico de lesão cerebral diagnosticada por metodos de neuro imagem	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Liquor, Anatomo patológico intraoperatorio.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.28-7	Tratamento cirúrgico de tumores cerebrais sem microscopia	10B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
	Sistema para estereotaxia - sob justificativa	
Resolutividade	Diagnostico etiológico de lesão cerebral	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários	*Incluir código quando acesso envolver osso temporal	

Nome Procedimento	5.4 - TUMOR ÓSSEO PARIETAL, FRONTAL, OCIPITAL	
Descrição do procedimento	Tumores primários ou secundários localizados na calota craniana sem envolvimento de estruturas encefálicas. Não utiliza microscopia. Sem envolvimento do osso temporal e/ou orbita. Não utiliza localização estereotáxica	
CIDs do Procedimento	C410, C79.(1-8), D164, D480	
Indicação	Remoção de tumores da calota óssea craniana sem envolvimento do osso temporal ou orbita.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	RX de crânio, Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioTomografia, AngioRessonância, Anatomo patológico intraoperatório	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.03-0	Craniotomia para tumores ósseos	9A
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
Resolutividade	Remoção de lesão tumoral da calota craniana e cranioplastia hermética e cosmética	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	5.5 - TUMOR ÓSSEO TEMPORAL	
Descrição do procedimento	Tumores primários ou secundários localizados na calota craniana sem envolvimento de estruturas encefálicas. Não utiliza microscopia. Com envolvimento osso temporal.	
CIDs do Procedimento	C410, C79. (1-8), D164, D480	
Indicação	Remoção de tumores do osso temporal.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	RX de crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio Audiometria e Neuro-otologico, Angiografiadigital, AngioTomografia, AngioRessonancia, Anatomopatológico intraoperatorio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.15.03-0	Craniotomia para tumores ósseos	9A
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Remoção de tumor osseo temporal com cranioplastia hermetica e cosmetica	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	5.6 - TUMOR ÓSSEO ORBITAL/TEMPORAL	
Descrição do procedimento	Tumores primários ou secundários localizados na calota craniana sem envolvimento estruturas encefálicas. Não utiliza microscopia. Com envolvimento osso temporal e órbita. Não utiliza localização estereotaxica	
CIDs do Procedimento	C410, , C79.(1-8) D164, D480	
Indicação	Remoção de tumor osseo da região orbitaria e temporal	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	() Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio Campimetria visual, orbitografia, Angiografia orbitaria, Anatomo patológico intraoperatório	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.03.02.13-7	Tumor de Órbita – Exérese	9C
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo óptico	9B
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Remoção ou redução de massa tumoral e descompressão de estruturas neurais	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

6 - TUMORES DA BASE DO CRÂNIO

*Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	6.1 – TUMORES DA BASE CRÂNIO - ANTERIOR (Acesso Subfrontal)	
Descrição do procedimento	Tumores localizados na base anterior do crânio com acesso envolvendo osso frontal junto à base do crânio com a abertura do seio frontal e seu posterior tratamento/fechamento com retalho de gálea	
CIDs do Procedimento	C710, C712, C714, C715, C716, C717, C718, C723, C79.(1-8), D330, D331, D332, D333, D430, D431	
Indicação	Remoção ou Redução volumétrica da massa tumoral e descompressão das estruturas cerebrais	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital, Campimetria visual, Anatomo patológico intraoperatorio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.05.02.27-6	Sinusotomia Frontal via externa	8B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Cateter peridural e coletor para drenagem liquórica lombar continua	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 05 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Aspirador Ultrassônico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
Resolutividade	Remoção ou Redução de massa tumoral e recuperação neurológica funcional	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	6.2 – TUMORES BASE CRÂNIO - (Acesso Fronto-Órbito-Zigomático - FOZ)	
Descrição do procedimento	Acesso FOZ envolvendo osso frontal, teto/parede lateral da órbita com a necessidade de fratura do osso zigomático como parte do acesso com sua posterior redução e fixação cirúrgica	
CIDs do Procedimento	C710, C712, C714, C715, C716, C717, C718, C723, , C79.(1-8), D330, D331, D332, D333, D430, D431	
Indicação	Remoção ou redução volumétrica de massa tumoral e descompressão de estruturas cerebrais.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio ,Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Campimetria visual, Anatomopatológico intraoperatório	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.07.07-0	Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação	9A
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias	9B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Cateter peridural para drenagem lombar liquorica continua	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
<i>Escolher um dos itens para cranioplastia conforme o tamanho da falha óssea</i>	Opção 1: Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Opção 2: Tela de Titânio 7,5 X 7,5 cm ou 15 X 15 cm	01
	Opção 3: Protese prototipada customizada	01
Reconstrução do Zigoma	Miniplacas titâneo	02
	Miniparafusos titâneo	08
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 4 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação	
	Sistema de Aspirador Ultrassônico	
Resolutividade	Remoção ou redução volumétrica de massa tumora e descompressão de estruturas cerebrais.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	6.3 – TUMORES DA ÓRBITA	
Descrição do procedimento	Tumores localizados dentro da órbita (intraconal/extraconal)	
CIDs do Procedimento	C410, C696, C698, C723, , C79.(1-8), D316, D487	
Indicação	Remoção de tumores intraorbitarios e descompressão do conteúdo e de nervos oculomotores	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio Orbitografia, Angiografia orbitaria, Angiotomografia e AngioRessonancia orbitaria, Anatomo patológico intraoperatorio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.03.02.09-9	Microcirurgia para tumores orbitários	11B
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo óptico	9B
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias	9B
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Aspirador Ultrassonico - sob justificativa	
Resolutividade	Descompressão de estruturas itraorbitarias e recuperação funcional da motricidade ocular	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	6.4 – TUMORES DO ÂNGULO PONTO-CEREBELAR (APC)	
Descrição do procedimento	Tumores localizados no APC envolvendo nervos cranianos e vasos sanguíneos e comprimindo tronco cerebral e cerebelo	
CIDs do Procedimento	C710, C712, C714, C715, C716, C717, C718, C723, C79.(1-8), D330, D331, D332, D333, D430, D431	
Indicação	Remoção ou redução volumétrica de massa tumoral e descompressão cerebral e de nervos cranianos	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Audiometria e Neuro otológico, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatório	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.04.04.05-3	Exploração e descompressão total do nervo facial (transmastóideo, translabiríntico, fossa média)	11B
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula líquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Cateter peridural e coletor para drenagem líquorica lombar contínua	
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
	Sistema de aspirador ultrassônico	
Resolutividade	Descompressão de estruturas cerebrais e nervos cranianos para restauração funcional neurológica	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Incluir este código quando realizado	

Nome Procedimento	6.5 – TUMORES DO FORAME MAGNO	
Descrição do procedimento	Realiza-se abertura de arco de C1/C2 como parte do acesso fazendo-se a descompressão medular cervical alta	
CIDs do Procedimento	C710, C712, C714, C715, C716, C717, C718, C723, , C79.(1-8), D330, D331, D332, D333, D430, D431	
Indicação	Remoção ou redução volumétrica de massa tumoral e descompressão do conteúdo do forâmen magno .	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatório	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial*	11A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
	Kit de eletrodos para neuromonitorização - sob justificativa	
	Sistema para estereotaxia - sob justificativa	
	Sistema de Aspirador Ultrassônico	
Resolutividade	Remoção ou redução volumétrica de massa e restauração de função neurológica	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando a etapa do fechamento envolver reposicionamento de flap do osso occipital. Aceita associação com técnica de fixação e artrodese occipito cervical quando necessária – sob justificativa.	

Nome Procedimento	6.6 – TUMORES DO GLOMUS JUGULAR	
Descrição do procedimento	Tumores do glomus jugular com drilagem transmastóidea/translabirintica do osso temporal para exploração do nervo facial e exposição do glomus jugular	
CIDs do Procedimento	C710, C712, C714, C715, C716, C717, C718, C723, D330, D331, D332, D333, D430, D431	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do Cranio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatorio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.04.03.06-5	Glomus jugular - Ressecção	11C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.04.04.05-3	Exploração e descompressão total do nervo facial (transmastóideo, translabirintico, fossa média)	11B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Aspirador Ultrassônico - sob justificativa	
Resolutividade	Descompressão do bulbo jugular, nervo facial e demais estruturas nervosas	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Incluir este código quando realizado	

Nome Procedimento	6.7 – CIRURGIA TRANSESFENOIDAL TRADICIONAL (ACESSO SUBLABIAL)	
Descrição do procedimento	Tumores localizados na sela turca com/sem extensões supra-selar/para-selar. Visualização com microscopia	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C753, C793, D320, D330, D331, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D433, D437, D443, D444, D445	
Indicação	Remoção de lesões selares e supraselares por técnica de microcirurgia	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatório Campimetria visual	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.011.5-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.14.01.16-3	Microcirurgia por via Transesfenoidal	11A
3.03.02.02-1	Descompressão do nervo óptico	9B
3.05.01.20-2	Fechamento de fistula líquórica transnasal	8B
3.05.02.14-4	Maxilectomia parcial	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio estéril	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espanja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
	Sistema para estereotaxia - sob justificativa	
	Sistema de Aspirador Ultrassônico	
Resolutividade	Remoção ou redução volumétrica de massa e restauração de função neurológica	
Seguimento	30, 60, 120 dias	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	6.8 – CIRURGIA TRANSESFENOIDAL TRADICIONAL (ACESSO TRANSNASAL)	
Descrição do procedimento	Tumores localizados na sela turca com/sem extensões supra-selar/para-selar. Visualização com microscopia	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C753, C793, D320, D330, D331, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D433, D437, D443, D444, D445	
Indicação	Remoção de lesões selares e supraselares por técnica de microcirurgia e via transnasal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio-Ressonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatorio Campimetria visual	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.14.01.16-3	Microcirurgia por via Transesfenoidal	11A
3.03.02.02-1	Descompressão do nervo óptico	9B
3.05.01.20-2	Fechamento de fistula líquórica transnasal	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirurgico (por hora)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio estéril	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico e instrumental especial para hipofisectomia por essa via.	
	Sistema de neuronavegação Sistema de Aspirador ultrassônico	
	Radioscopia intraoperatória	
Resolutividade	Remoção da lesão e descompressão óptico-quiasmática e hipotalâmica.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	6.9 – CIRURGIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA I	
Descrição do procedimento	Tempo do acesso endonasal realizado pelo otorrinolaringologista (códigos do otorrino a parte) e demais tempos cirúrgicos realizados pelo neurocirurgião. Visualização endoscópica com ou sem microscopia	
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C753, C793, D320, D330, D331, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D433, D437, D443, D444, D445	
Indicação	Remoção de lesões selares e supraselares por técnica de endoscopia e acesso transnasal. Pode estar associada a técnica microcirúrgica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatório Campimetria visual	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.1.40.116-3	Microcirurgia por via Transesfenoidal	11A
3.14.01.03-1	Cirurgia Intracraniana por via endoscópica	11A
3.03.02.02-1	Descompressão do nervo óptico	9B
3.05.01.20-2	Fechamento de fistula líquórica transnasal	8B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio estéril	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de neuronavegação	
	Equipamento de Neuroendoscopia	
Resolutividade	Remoção da lesão e descompressão óptico- quiasmática e hipotalâmica	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Participação do otorrinolaringologista	

Nome Procedimento		6.10 – CIRURGIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA II	
Descrição do procedimento	Tempo do acesso endonasal e demais tempos cirúrgicos realizados pelo neurocirurgião. Visualização endoscópica com ou sem microscopia		
CIDs do Procedimento	C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, C752, C753, C793, D320, D330, D331, D333, D337, D352, D353, D354, D430, D431, D433, D437, D443, D444, D445		
Indicação	Remoção de lesões selares de grande crescimento para e supraselares por técnica de endoscopia transnasal. Pode complementar com técnica de microcirurgia		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva		<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica		
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Anatomo patológico intraoperatório Campimetria visual		
Códigos CBHPM		Descrição	Porte
3.14.01.15-5		Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.14.01.16-3		Microcirurgia por via Transesfenoidal	11A
3.14.01.03-1		Cirurgia Intracraniana por via endoscópica	11A
3.05.01.53-9		Septoplastia por videoendoscopia	9A
3.05.01.45-8		Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral	3B
3.05.02.34-9		Sinusotomia esfenoidal por videoendoscopia	9B
3.05.02.32-2		Sinusectomia maxilar - via endonasal por videoendoscopia*	9B
3.05.02.31-4		Etmoidectomia intranasal por videoendoscopia *	9B
3.03.02.09-9		Microcirurgia para tumores orbitários **	11B
3.03.02.02-1		Descompressão do nervo óptico	9B
3.05.01.20-2		Fechamento de fistula líquórica transnasal	8B
4.08.11.02-6		Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora)	2B
OPMEs		Descrição	Quantidade
		Campo cirúrgico adesivo estéril	01
		Capa de microscópio estéril	01
		Instrumento de corte esférico para drilagem	01
		Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA		Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
		Hemostático absorvível de colágeno	01
		Espunja de gelatina absorvível	01
		Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA		Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
		Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)		Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico e instrumental de microcirurgia especial para hipofisectomia por essa via.		
	Sistema de neuronavegação – sob justificativa Sistema de Aspirador ultrassônico – sob justificativa		
Resolutividade	Remoção da lesão e descompressão óptico- quiasmática e hipotalâmica.		
Seguimento	Diário		
Rastreabilidade	Sim		
Comentários	*Incluir códigos quando acesso endonasal endoscópico expandido à base do crânio **Incluir código quando o tumor se estender para órbita		

7 - MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA

Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	7.1 – ANEURISMA CEREBRAL ou MAV <i>NÃO-ROTOS</i>	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de aneurisma (clipagem ou wrapping) ou MAV (ressecção)	
CIDs do Procedimento	D180, I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I608, I671, I676, Q280, Q282, Q283	
Indicação	Oclusão de Aneurisma cerebral não roto ou ressecção de malformação arterio venosa não rota.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital.	
Códigos CBHPM		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.07.07-0	Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação*	9A
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias*	9B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs		
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Clips de aneurismas temporários	04
	Clips de aneurisma permanente	04
	Indocianina verde (ICG)	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias		
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
Resolutividade	Oclusão do aneurisma ou da MAV com preservação da circulação e função cerebral	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Incluir códigos quando realizado acesso Fronto-Orbita-Zigomático (FOZ)	

Nome Procedimento	7.2 – ANEURISMA CEREBRAL ou MAV ROTOS	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de aneurisma (clipagem ou wrapping) ou MAV (ressecção) com drenagem de hemorragia intracraniana (subaracnoidea, subdural, extradural, intraparenquimatosa)	
CIDs do Procedimento	D180, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I671, I676, Q280, Q282, Q283	
Indicação	Oclusão de Aneurisma cerebral roto ou ressecção de malformação arterio venosa rota.que causaram hemorragia intracraniana.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano	10B
3.14.01.24-4	Terceiro-ventriculostomia*	9C
3.14.01.05-8	Derivação Ventricular Externa **	5C
3.14.01.08-2	Implante de cateter intracraniano **	8A
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral**	10A
2.02.02.06-7	Monitorização da pressão intracraniana**	2B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.07.07-0	Fratura do arco zigomático - redução cirúrgica com fixação***	9A
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias***	9B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Clips de aneurismas temporarios	04
	Clips de aneurisma definitivos	04
	Indocianina verde (ICG)	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
	Sistema de Neuronavegação - sob justificativa	
Resolutividade	Oclusão do aneurisma ou da MAV com preservação da circulação e função cerebral	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Incluir código quando realizado dissecação dos aneurismas da cisterna óptico-carotídea com fenestração da lamina terminalis para comunicação do terceiro ventrículo dos as cisternas da base. ** Incluir códigos quando necessário cateter de DVE/PIC para drenagem liquórica e/ou monitorização da PIC. ***Incluir códigos quando realizado acesso Fronto-Orbita-Zigomático (FOZ)	

Nome Procedimento	7.3 – ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta por via cervical antero-lateral da estenose de carótida crítica e/ou sintomática	
CIDs do Procedimento	G458, I64, I652, I650, G458	
Indicação	Desobstrução intraluminal da artéria carótida e restituição do fluxo sanguíneo	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.02.12.01-4	Cervicotomia exploradora	7C
3.09.06.19-9	Endarterectomia carotídea - cada segmento tratado	11B
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral	7B
3.09.06.21-0	Ligadura de carótidas ou ramos	8B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Fios inabsorvíveis especiais para sutura arterial	04
	Vessel loop	01
	Fita cardíaca	01
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Desobstruir o fluxo sanguíneo carotídeo	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários		

Nome Procedimento	7.4 – MICROCIRURGIA PARA DESCOMPRESSÃO NEUROVASCULAR	
Descrição do procedimento	Microcirurgia para descompressão neurovascular de síndromes envolvendo os nervos Trigêmeo, Facial, Vestibulo -Auditivo, Glossofaríngeo em trajetos intracranianos	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G510, G521, G523, G528, H810	
Indicação	Aliviar compressão e tratar sintomas neurológicos dolorosos e funcionais.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Audiometria e Oto-neurologico	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.04.01-4	Descompressão vascular de nervos cranianos	11A
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Teflon tubular	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Desobstruir o fluxo sanguíneo carotideo	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários		

Nome Procedimento	7.5 – BYPASS INDIRETO	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Moyamoya) incluindo encéfalo-duro-arterio-sinangiose e/ou encéfalo-mio-sinangiose	
CIDs do Procedimento	G450, G451, G452, G453, G454, G458, G459, I600, I601, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I671	
Indicação	Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.09.06.43-1	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	12C
3.07.05.06-1	Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos	13A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
4.09.02.06-4	Doppler colorido intra-operatório	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Vessel loop	01
	Fita cardíaca	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneos para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Melhoria do fluxo sanguíneo cerebral.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários		

Nome Procedimento	7.6 – BYPASS DIRETO (ATS – ACM) – BAIXO FLUXO	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Moyamoya) ou aneurisma complexos através da anastomose de baixo fluxo entre a artéria temporal superficial (ATS) e artéria cerebral média (ACM).	
CIDs do Procedimento	G450, G451, G452, G453, G454, G458, G459, I600, I601, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I671	
Indicação	Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	14A
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.09.06.43-1	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	12C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
4.09.02.06-4	Doppler colorido intra-operatório	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Vessel loop	01
	Fita cardíaca	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espanja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Redirecionamento do fluxo sanguíneo cerebral.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários		

Nome Procedimento	7.7 – BYPASS DIRETO (ACE – ACI) – ALTO FLUXO	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas de repetição (AIT, AVC, Moyamoya) ou aneurisma complexos com anastomose de alto fluxo entre artéria carótida externa (ACE) e interna (ACI). Utilizado enxerto vascular da artéria radial ou veia safena	
CIDs do Procedimento	G450, G451, G452, G453, G454, G458, G459, I600, I601, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I671	
Indicação	Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	14A
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.09.06.43-1	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	12C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.09.06.35-0	Pontes transcervicais – qualquer tipo	10C
3.09.06.37-7	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares	3C
4.09.02.06-4	Doppler colorido intra-operatório	5B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Vessel loop	01
	Fita cardíaca	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espanja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Redirecionamento do fluxo sanguíneo cerebral.	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.8 – BYPASS DIRETO (SISTEMA VÉRTEBRO BASILAR)	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta para tratamento de síndromes cerebrovasculares oclusivas ou aneurisma complexos do sistema vértebro basilar com anastomose entre ramos da artéria carótida externa (ACE) e artéria vertebral (AV). Utilizado enxerto vascular da artéria occipital, radial ou veia safena	
CIDs do Procedimento	G450, G451, G452, G453, G454, G458, G459, I600, I601, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I671	
Indicação	Redirecionar e Restaurar o fluxo sanguíneo intracerebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.01.09-0	Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo)	14A
3.14.01.17-1	Microcirurgia vascular intracraniana	14A
3.09.06.43-1	Tratamento cirúrgico da isquemia cerebral	12C
3.09.06.44-0	Tratamento cirúrgico de síndrome vértebro basilar	11A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.09.06.35-0	Pontes transcervicais – qualquer tipo	10C
3.09.06.37-7	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares	3C
4.09.02.06-4	Doppler colorido intra-operatório	5B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Vessel loop	01
	Fita cardíaca	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Redirecionamento do fluxo sanguine cerebral.	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	SIM	
Comentários		

8 - NEUROCIRURGIA ENDOVASCULAR

Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	8.1 – ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 4 VASOS	
Descrição do procedimento	Realizado de rotina cateterismo das 2 artérias carótidas internas e seus ramos + 2 artérias vertebrais e seus ramos, total 4 vasos (valor x4). Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes	
CIDs do Procedimento	D180, G458, I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I652, I64, I650, I671, I676, Q280, Q282, Q283	
Indicação	Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4)	5C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4)	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral *	7B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 01 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Diagnóstico etiológico das doenças cérebro-vasculares	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis.	

Nome Procedimento	8.2 – ANGIOGRAFIA CEREBRAL DE 6 VASOS	
Descrição do procedimento	Realizado de rotina cateterismo das 2 artérias carótidas internas + 2 carótidas externas e seus ramos + 2 artérias vertebrais e seus ramos, total 6 vasos. Valor x6 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 6 vasos diferentes	
CIDs do Procedimento	D180, I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609, I64, I671, I676, I770, I772, Q280, Q282, Q283	
Indicação	Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (<i>valor x6</i>)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (<i>valor x6</i>)	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral *	7B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 01 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Diagnóstico etiológico das doenças cerebrovasculares	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis.	

Nome Procedimento	8.3 – EPISTAXE - TRATAMENTO ENDOVASCULAR	
Descrição do procedimento	Sangramento nasal não controlado por métodos habituais. Cateterismo da artéria carótida externa e ramos	
CIDs do Procedimento	R040	
Indicação	Estudo da circulação cerebral para diagnóstico de doenças cerebrovasculares	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Angio Ressonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.58-4	Embolização para tratamento de epistaxe	8C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Microguia	01
	Microcateter	01
	Agente Embolizador	01
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Contensão de sangramento nasal não obtido por outro método.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessário a retirada de material endovascular	

Nome Procedimento	8.4 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL <i>NÃO-ROTO</i>	
Descrição do procedimento	O valor deste procedimento deverá ser multiplicado pelo número de aneurismas tratados na mesma sessão. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	I671	
Indicação	Oclusão intraluminal de aneurisma cerebral por método endovascular	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso	11B
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano - por vaso *	11A
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano **	11A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4)	4C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral ***	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares****	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
	Espirais/Micromolas para embolização (3D, helicoidal)	01 a 10
	Prótese (Stent) autoexpansível intracraniana	1-2
	Cateter balão não-destacável (remodelagem ou teste oclusão)	01
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 02 dia(s)	Quarto 05 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	15 dias, 60, 120 e depois anualmente	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	<p>* Manobra necessária para auxiliar na sustentação durante a inserção de colis dentro do aneurisma e/ou tratamento de estenose vascular intracraniana.</p> <p>** Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasm.</p> <p>*** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis.</p> <p>**** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.</p>	

8.5 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL <i>ROTO</i>		
Nome Procedimento	8.5 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL <i>ROTO</i>	
Descrição do procedimento	O valor deste procedimento deverá ser multiplicado pelo número de aneurismas tratados na mesma sessão. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I608, I671, I676,	
Indicação	Oclusão intraluminal de aneurisma cerebral por método endovascular	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso	11B
3.09.10.02-1	Aneurismas rotos ou trombosados – outros	10B
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano *	11A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (<i>valor x4</i>)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (<i>valor x4</i>)	4C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral **	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
	Espirais/Micromolas para embolização (3D, helicoidal)	01 a 10
	Cateter balão não-destacável (remodelagem ou teste oclusão)	01
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 10 dia(s)	Quarto 15 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Oclusão do aneurisma cerebral	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasma. ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis. *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.	

Nome Procedimento	8.6 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)	
Descrição do procedimento	Valor final será multiplicado por vasos embolizados do nidus da MAV. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	Q280, Q281, Q282, Q283	
Indicação	Oclusão ou redução intraluminal de MAV cerebral por método endovascular	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.13.56-8	Embolização de malformação arteriovenosa cerebral ou medular - por vaso	10B
4.08.13.57-6	Embolização de fistula AV em cabeça, pescoço ou coluna -por vaso	10A
4.08.13.54-1	Embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular - por vaso	11B
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4)	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano *	11A
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral **	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGRAFIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
	Agente Embolizador	01
	Selador hemostático ancorado	01
Internação Dias	UTI 7 dia(s)	Quarto 15 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Oclusão ou redução de MAV	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasmos. ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis. *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.	

Nome Procedimento	8.7 – TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)	
Descrição do procedimento	Valor final será multiplicado por vasos embolizados da FAV. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	I770, I772, Q280, Q281, Q282, Q283	
Indicação	Oclusão ou redução intraluminal de Fistula CarotidoCavernosa por método endovascular	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodopller de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.13.57-6	Embolização de fistula AV em cabeça, pescoço ou coluna -p/ vaso	10A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4)	4C
4.08.13.28-2	Colocação de stent para tratamento de fistula arterio-venosa	10A
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.13.15-0	Angioplastia de tronco venoso*	8C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de arteria carótida ou vertebral **	7B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares***	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioquia	01
	Microcatater	01
	Agente Embolizador	01
	Selador hemostático ancorado	01
Internação Dias	UTI 02 dia(s)	Quarto 04 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Oclusão ou redução do fluxo sanguíneo da fistula.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Realizado quando há necessidade de remodelar o vaso devido estenose e/ou vasoespasmio. ** Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis. *** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo.	

Nome Procedimento	8.8 – ESTENOSE VASCULAR INTRACRANIANA	
Descrição do procedimento	Valor final será multiplicado por vasos angioplastados por territórios vasculares diferentes. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	G458, I652, I650	
Indicação	Dilatação e remodelação intraluminal de vasos intracranianos por angioplastia endovascular	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano - por vaso	11A
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	11A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (valor x4)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (valor x4)	4C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral*	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares**	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfio guia	01
	Microcateter	01
	Prótese (Stent) autoexpansível intracraniana	1-2
	Cateter balão para angioplastia de vasos intracranianos	01
	Selador hemostático ancorado	01
Internação Dias	UTI 02 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Aumento do calibre intraluminal arterial para melhora do fluxo sanguíneo cerebral.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando necessário, teste de oclusão (teste de Mattas) é realizado para avaliar patência de anastomose no polígono de Willis. ** Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo	

Nome Procedimento	8.9 – ANGIOPLASTIA DO VASOESPASMO INTRACRANIANO	
Descrição do procedimento	Valor final será multiplicado por vasos angioplastados por territórios vasculares diferentes. Valor x4 nos códigos abaixo justifica-se pelo cateterismo de 4 vasos diferentes (2 carótidas + 2 vertebrais)	
CIDs do Procedimento	G459, I600, I601, I602, I603, I604, I605, I606, I607, I608, I609	
Indicação	Dilatação e remodelação intraluminal de vasos intracranianos por angioplastia endovascular	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	11A
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso (<i>valor x4</i>)	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso (<i>valor x4</i>)	4C
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
	Prótese (Stent) autoexpansível intracraniana	1-2
	Cateter balão para angioplastia de vasos intracranianos	01
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 05 dia(s)	Quarto 05 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Tratamento do vasoespasma para propiciar o aumento do fluxo sanguíneo cerebral em áreas de perfusão reduzida.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Realizado quando necessário retirar material endovascular que se deslocou de seu sítio alvo	

Nome Procedimento	8.10 – EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO	
Descrição do procedimento	Cateterismo de ramos da artéria carótida interna e/ou externa para tumores altamente vascularizados antes da cirurgia de ressecção do tumor.	
CIDs do Procedimento	C01, C020, C021, C022, C023, C024, C028, C029, C030, C031, C039, C040, C041, C048, C049, C050, C051, C052, C058, C059, C060, C061, C062, C068, C069, C080, C081, C088, C089, C090, C091, C098, C099, C100, C101, C102, C103, C104, C108, C109, C110, C111, C112, C113, C118, C119, C130, C131, C132, C138, C139, C140, C142, C148, C300, C301, C310, C311, C312, C313, C318, C319, C320, C321, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C760	
Indicação	Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutrientes de Neoplasia de cabeça e pescoço para redução de seu volume ou preparo pré cirúrgico.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.78-9	Embolização de tumor de cabeça e pescoço	8C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfio guia	01
	Microcateter	01
Agente Embolizador	01	
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Redução volumétrica de Neoplasia da cabeça e pescoço por oclusão de vasos nutrientes	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessária retirada material endovascular	

Nome Procedimento	8.11 – ANGIOMA DE FACE – TRATAMENTO ENDOVASCULAR	
Descrição do procedimento	Cateterismo da artéria carótida externa e seus ramos para embolização de angioma de face	
CIDs do Procedimento	D18.0	
Indicação	Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutrientes de angioma da face para redução de seu volume ou preparo pré cirúrgico.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.71-1	Embolização de fistula arterio-venosa não especificada	8C
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.13.05-3	Alcoolização percutânea de angioma	7B
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.10.02-0	Teste de oclusão de artéria carótida ou vertebral	7B
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
Agente Embolizador	01	
	Selador hemostático ancorado	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 01 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Oclusão de vasos nutrientes de tumor para redução volumétrica	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessária retirada material endovascular	

Nome Procedimento	8.12 – EMBOLIZAÇÃO DE CISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO	
Descrição do procedimento	Cateterismo de ramos da aorta/artérias intersegmentares, etc	
CIDs do Procedimento	M85.5	
Indicação	Oclusão por êmbolos sintéticos de vasos nutridores de cisto ósseo aneurismático para redução de seu volume ou preparo pré cirúrgico.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
4.08.13.81-9	Embolização de tumor não especificado	8A
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfio guia	01
	Microcateter	01
	Agente Embolizador	01
	Selador hemostático ancorado	01
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 02 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Oclusão de vasos nutridores de tumor para redução volumétrica	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessária retirada material endovascular	

Nome Procedimento	8.13 – ESTENOSE DE CARÓTIDA CERVICAL	
Descrição do procedimento	Tratamento endovascular da estenose crítica e sintomática da artéria carótida cervical	
CIDs do Procedimento	G458, I652, I650	
Indicação	Dilatação e remodelação intraluminal de artéria carótida cervical por angioplastia endovascular	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.07-0	Angioplastia de tronco supra-aórtico	10A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.13.20-7	Colocação de stent em tronco supra-aórtico	10A
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares*	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfio guia	01
	Prótese (Stent) autoexpansível vasos cervicais	1-2
Sistema de captura de êmbolos (filtro)	01	
Cateter balão para angioplastia de vasos cervicais	01	
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Restaurar fluxo sanguíneo intracraniano.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessária retirada de stent ou outro material endovascular	

Nome Procedimento	8.14 – TROMBECTOMIA MECÂNICA	
Descrição do procedimento	Tratamento endovascular do AVCi agudo com a retirada de trombo, angioplastia e stent	
CIDs do Procedimento	G458	
Indicação	Desobstrução intraluminal arterial na circulação cerebral	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital. Ecodoppler de carótidas no pescoço.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
4.08.13.19-3	Colocação de stent em ramo intracraniano - por vaso	11A
3.09.11.09-5	Cateterismo e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	5A
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo super-seletivo de ramo secundário ou distal por vaso	5C
4.08.13.07-0	Angioplastia de tronco supra-aortico	10A
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	11A
4.08.13.20-7	Colocação de stent em tronco supra-aortico*	10A
3.09.10.08-0	Embolectomia ou trombolectomia arterial	9C
4.08.14.04-1	Trombólise medicamentosa em troncos supra-aortico e intracranianos	10A
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	4C
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	5B
4.08.12.06-5	Angiografia trans-operatória de posicionamento	2C
4.08.12.07-3	Angiografia pos-operatória de controle	2C
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	3C
3.09.12.21-0	Retira percutânea de corpos estranhos vasculares**	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
KIT ARTERIOGAGIA	Agulha de punção arterial	01
	Guia hidrofílico (para introdutor)	01
	Conjunto dilatador/introdutor vascular (curto, longo)	01
	Fio guia com cobertura hidrofílica	01
	Cateter diagnóstico para angiografia cerebral	01
	Cateter balão não-destacável (teste oclusão)	01
	Cateter guia para procedimentos neurorradiológicos	01
	Introdutor longo	01
	Microfioguia	01
	Microcateter	01
Dispositivo para trombectomia mecânica	01	
Selador hemostático ancorado	01	
Internação Dias	UTI 10 dia(s)	Quarto 15 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Restaurar o fluxo sanguíneo arterial cerebral.	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Quando necessário largar stent **Quando necessária retirada de stent ou outro material endovascular	

9 - NEUROCIRURGIA FUNCIONAL E DOR

Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM

Nome Procedimento	9.1 – BIÓPSIA POR ESTEREOTAXIA	
Descrição do procedimento	Procedimento para retirada de fragmentos de lesões e/ou tecidos encefálicos para análise laboratorial e/ou anatomopatológica. Utiliza a técnica de Estereotaxia	
CIDs do Procedimento	A810, A811, A812, A818, B220, B690, B699, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D352, D430, D431, D437, D443, G062, G930, G934, R900, R908	
Indicação	Biopsia diagnostica de tecido cerebral por método estereotaxico	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotaxica de lesões intracranianas com remoção	10A
3.14.01.01-5	Biópsia estereotaxica do encéfalo	10A
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit descartável para biópsia estereotaxica	01
	Software Estereotático	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Obter diagnostico etiológico de lesão cerebral	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.2 – TUMORES COM LOCALIZAÇÃO POR ESTEREOTAXIA	
Descrição do procedimento	Identificação precisa da localização de tumores intracranianos com utilização do método estereotaxico	
CIDs do Procedimento	A810, A811, A812, A818, B220, B690, B699, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C722, C723, C724, C725, C728, C751, D330, D331, D332, D333, D337, D352, D430, D431, D437, D443, G062, G930, G934, R900, R908	
Indicação	Localização precisa de tumores intracerebrais	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	() Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotaxica de lesões intracranianas com remoção	10A
3.14.01.15-5	Microcirurgia para tumores intracranianos	14A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal*	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal*	9C
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
	Kit cânula descartável para cirurgia guiada por estereotaxia	01
	Software Estereotático	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 02 dia(s)	Quarto 05 dia(s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Localização precisa de tumor intracraniano	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Incluir códigos quando acesso envolver osso temporal	

Nome Procedimento	9.3 –DRENAGEM POR ESTEREOTAXIA	
Descrição do procedimento	Procedimento para drenagem intracraniana de cistos, hematomas ou abscessos. Utiliza a técnica de Estereotaxia	
CIDs do Procedimento	A810, A811, A812, A818, B220, B690, B699, C700, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, G060, G062, G309, G379, G930, G934	
Indicação	Drenagem de coleções intracranianas.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotaxica de lesões intracranianas com remoção	10A
3.14.01.06-6	Drenagem estereotaxica – cistos, hematomas ou abscessos	10A
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Software Estereotático	01
	Kit descartável para evacuação de cistos por estereotaxia	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Drenagem de coleção intracraniana	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.4 – CIRURGIA DA EPILEPSIA I	
Descrição do procedimento	Cirurgia por craniotomia para o implante de eletrodo/grid de monitoramento por vídeo-EEG	
CIDs do Procedimento	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, G410, G411, G412, G418, G419	
Indicação	Epilepsia refrataria	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, Video EEG	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Placas de eletrodos subdurais com 64 contatos	02
	Cabos extensores com 64 contatos para realização de exame após implantação	02
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml 5ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controlar epilepsia	
Seguimento	diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.5 – CIRURGIA DA EPILEPSIA II	
Descrição do procedimento	Segundo tempo da cirurgia da epilepsia com reabordagem na mesma craniotomia após alguns dias de vídeo-EEG invasivo para monitoramento neurofisiológico desde saída do primeiro tempo até o término do segundo tempo. Ou ainda pode ser a cirurgia da epilepsia em tempo único	
CIDs do Procedimento	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, G410, G411, G412, G418, G419	
Indicação	Epilepsia refrataria	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, Eletroencefalograma, Video EEG	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.25-2	Tratamento cirúrgico da epilepsia	11C
4.01.03.27-7	Eletrocorticografia intra-operatoria (ECOG) – por hora de monitorização*	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Capa de microscópio neurocirúrgico	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Tratamento cirurgico do foco epileptogenico	
Seguimento	diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor deste código será multiplicado pelo tempo total da cirurgia	

Nome Procedimento	9.6 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (Estimulação Elétrica Vagal)	
Descrição do procedimento	Implante de estimulador de nervo vago (VNS) para epilepsia refratária	
CIDs do Procedimento	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, G410, G411, G412, G418, G419	
Indicação	Epilepsia refrataria	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonancia, AngioTomografia, Angiografia digital..Eletroencefalograma, Video EEG	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.25-2	Tratamento cirúrgico da epilepsia	11C
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
3.02.12.01-4	Cervicotomia exploradora	7C
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervos (Neurólise externa)	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Conjunto implantável para estimulação do nervo vago	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vacuo, Coagulador bipolar e monopolar e Microscopio cirurgico	
Resolutividade	Controle da epilepsia	
Seguimento	diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento		
9.7 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPILEPSIA (Estimulação Cerebral Profunda)		
Descrição do procedimento	Implante de eletrodo cerebral profundo para neuromodulação nos casos de epilepsias refratárias	
CIDs do Procedimento	G400, G401, G402, G403, G404, G405, G406, G407, G408, G409, G410, G411, G412, G418, G419	
Indicação	Epilepsia refratária	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Eletroencefalograma, Video EEG	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.25-2	Tratamento cirúrgico da epilepsia	11C
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.14-7	Localização estereotáxica de lesões intracranianas com remoção*	10A
3.14.01.09-0	Implante de eletrodos cerebral profundo*†	8A
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral*	10A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria*	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit cânula-guia descartável para estereotaxia (DBS)	01
	Software Estereotáctico	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
	Eletrodo implantável para estimulação cerebral profunda	02
	Cabos extensores	02
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	04
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle de epilepsia	
Seguimento	diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor destes códigos serão multiplicados pelo número de alvos realizados. † Quando for implante bilateral de eletrodo, este código será multiplicado ainda x2.	

Nome Procedimento	9.8 – CIRURGIA DOS TRANSTORNOS DE MOVIMENTO (Estimulação Cerebral Profunda)	
Descrição do procedimento	Cirurgia estereotática com implante de eletrodo cerebral profundo (DBS) para tratamento de doença de Parkinson, distonias e tremores	
CIDs do Procedimento	G210, G211, G212, G213, G218, G219, G241, G242, G250, G252, R250, R251, R258	
Indicação	Transtorno dos movimentos refratário	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital. Eletroencefalograma, Video EEG	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotática de lesões intracranianas com remoção *	10A
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral*	10A
3.14.01.09-0	Implante de eletrodos cerebral profundo*	8A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
	Kit cânula-guia descartável para estereotaxia (DBS)	01
	Software Estereotático	01
	Eletrodo implantável para estimulação cerebral profunda	02
	Cabos extensores	02
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	04
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle de movimentos anormais	
Seguimento	diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor deste código será multiplicado por número de alvos	

Nome Procedimento	9.9 – CIRURGIA DOS TRANSTORNOS DE MOVIMENTO (Método Ablativo)	
Descrição do procedimento	Cirurgia estereotática com ablação por radiofrequência de núcleo(s) cerebrais profundos para tratamento de doença de Parkinson, distonias e tremores	
CIDs do Procedimento	G210, G211, G212, G213, G218, G219, G241, G242, G250, G252, R250, R251, R258	
Indicação	Controle dos movimentos anormais na Doença de Parkinson	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotática de lesões intracranianas com remoção *	10A
3.14.03.16-6	Lesão estereotática de estruturas profundas para tratamento da dor, ou movimento anormal*	10B
3.14.01.09-0	Implante de eletrodos cerebral profundo*	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria*	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
	Kit cânula-guia descartável para estereotaxia (DBS)	01
	Software Estereotático	01
	Eletrodo isolado descartável de 1,27-1,5 mm diâmetro com ponta ativa de 1-8 mm	01
	Cabos extensores	02
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	04
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle de movimentos anormais	
Seguimento	diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor deste código será multiplicado por número de alvos	

Nome Procedimento		
9.10 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO		
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada por estereotaxia com lesão de núcleos específicos através de técnica ablativa por radiofrequência	
CIDs do Procedimento	F688, F420, F421, F422, F428, F429, F313, F324, F325, F330, F331, F332, F333, F334, F338, F339, Z724	
Indicação	Controle de alterações do comportamento	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.35-0	Implante de halo para radiocirurgia	10A
3.14.01.13-9	Localização estereotaxica de lesões intracranianas com remoção*	10A
3.14.03.16-6	Lesão estereotáxica de estruturas profundas para tratamento da dor, ou movimento anormal*	10B
3.14.01.09-0	Implante de eletrodos cerebral profundo	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria*	2B
3.14.01.02-3	Cingulotomia ou capsulotomia unilateral**	10B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
1.01.05.07-7	Acompanhamento médico para transporte intra-hospitalar	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Software Estereotático	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
	Eletrodo isolado descartável com ponta ativa para radiofrequência	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Controle do comportamento	
Seguimento	diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor será multiplicado por número de alvos (exceto cíngulo e capsula) **Incluir código quando o alvo estereotático envolver giro do cíngulo e/ou cápsula	

Nome Procedimento	9.11 – NEURALGIA DO TRIGÊMEO (Técnica percutânea com balão)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da neuralgia do trigêmeo através da compressão do gânglio de Gasser por balão	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509	
Indicação	Alívio da dor facial.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.04.03-0	Tratamento da neuralgia do trigêmeo por via percutânea	10A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit cânula descartável para passagem de balão para Trigêmeo	01
	Cateter de Fogarty n.4	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia facial	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.12 – NEURALGIA DO TRIGÊMEO E DEMAIS NERVOS CRANIANOS I (Técnica percutânea de rizotomia por radiofrequência)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da neuralgia do trigêmeo e demais nervos cranianos por rizotomia radiofrequência	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, G510, G511, G512, G513, G514, G518, G519, G520, G521, G522, G523, G527, G528, G530, G531, G532, G533, G538	
Indicação	Alívio da dor facial	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.04.03-0	Tratamento da neuralgia do trigêmeo por via percutânea	10A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit cânula descartável de rizotomia por radiofrequência	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia facial	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.13 – NEURALGIA DO TRIGÊMEO E DEMAIS NERVOS CRANIANOS II (Técnica ablativa química)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da neuralgia do trigêmeo e demais nervos cranianos por método químico	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, G510, G511, G512, G513, G514, G518, G519, G520, G521, G522, G523, G527, G528, G530, G531, G532, G533, G538	
Indicação	Analgesia da face	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.04.03-0	Tratamento da neuralgia do trigêmeo por via percutânea	10A
3.16.02.13-4	Bloqueio neurolítico de nervos cranianos ou cervico-torácico	6B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais		
	Radioscopia	
Resolutividade		
	Analgesia na face	
Seguimento		
	dia	
Rastreabilidade		
	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.14 – TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA POR CORDOTOMIA I (Técnica cirurgia aberta)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica através de lesão/ablação por radiofrequência do trato espino-talâmico	
CIDs do Procedimento	G811, G821, G822, G834, G838, G839, R521	
Indicação	Analgesia em segmentos corporais	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do Crânio, AngioRessonância, AngioTomografia, Angiografia digital..	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.02.01-1	Cordotomia-mielotomias por radiofrequência	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KID LAMINOPLASTIA	Fresa para laminotomia ou piezoelétrico	01
	Miniplaca	02
	Parafusos automachiávis p/ cada lamina vertebral aberta	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Eletrodo isolado descartável com ponta ativa própria para cordotomia por radiofrequência	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 02 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia em segmentos corporais	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.15 – TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA POR CORDOTOMIA II (Técnica percutânea)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico percutânea da dor crônica através de lesão/ablação por radiofrequência do trato espino-talâmico	
CIDs do Procedimento	G811, G821, G822, G834, G838, G839, R521	
Indicação	Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e coluna cervical, Ressonância Magnética do Crânio e coluna cervical.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.02.01-1	Cordotomia-mielotomias por radiofrequência	10B
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Cânula e eletrodo descartáveis com ponta ativa própria para cordotomia por radiofrequência	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal.	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.16 – TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA POR CORDOTOMIA III (Técnica percutânea assistida por endoscopia)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico percutânea assistida por endoscopia da dor crônica através de lesão/ablação por radiofrequência do trato espino-talâmico	
CIDs do Procedimento	G811, G821, G822, G834, G838, G839, R521	
Indicação	Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio e coluna cervical, Ressonância Magnética do Crânio e coluna cervical.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.02.01-1	Cordotomia-mielotomias por radiofrequência	10B
3.07.15.05-9	Cirurgia da coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Cânula e eletrodo descartáveis com ponta ativa própria para cordotomia por radiofrequência	01
	Kit neuroendoscopia percutânea	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 01 dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento		9.17 – DREZOTOMIA	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica e/ou espasticidade através de lesão/ablação por radiofrequência do trato de Lissauer e da substância gelatinosa na zona de entrada da raiz espinhal		
CIDs do Procedimento	R521		
Indicação	Analgesia em segmento corporal		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva		<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica		
Exames da Indicação	Ressonância magnética da coluna vertebral		
Códigos CBHPM		Descrição	Porte
3.14.02.02-0		Lesão de substância gelatinosa medular (DREZ) por radiofrequência*	10B
3.07.15.19-9		Laminectomia ou laminotomia	9C
4.01.03.43-9		Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6		Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		Descrição	Quantidade
		Campo cirúrgico adesivo estéril	
		Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
		Eletrodo descartável com ponta ativa própria para Drezotomia por radiofrequência (<i>Técnica de Nashold</i>) ou Ponta isocool (<i>Técnica de Sindou</i>)	01
		Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)		Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico		
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal		
Seguimento	diário		
Rastreabilidade	Sim		
Comentários	*Valor deste código será multiplicado por número de níveis medulares realizados o DREZ		

Nome Procedimento	9.18 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU DE NERVO PERIFÉRICO I (Técnica percutânea – Fase Teste)	
Descrição do procedimento	Passagem de eletrodo no espaço epidural ou em nervo periférico para fase de testes de estimulação na avaliação do tratamento cirúrgico da dor crônica por este método. Na fase teste não há o implante do gerador para estimulação elétrica ainda	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Teste de analgesia e determinação de alvo para estimulação.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoideo c/ bloqueio de prova	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	01
	Cabos extensores	02
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 05 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.19 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU NERVO PERIFÉRICO II (Técnica percutânea – Fase do Implante)	
Descrição do procedimento	Passagem de eletrodo no espaço epidural ou em nervo periférico com implante definitivo de eletrodo e gerador para estimulação elétrica	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonancia magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral*	10A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoideo c/ bloqueio de prova*	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	1-2
	Cabos extensores	02
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Implante de eletrodo	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Caso o eletrodo implantado em definitivo for o mesmo eletrodo teste, não cobrar este código nesta etapa.	

Nome Procedimento	9.20 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase Teste)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica através do implante de eletrodo para estimulação medular elétrica com via de acesso através de laminectomia. Na fase teste não há o implante do gerador para estimulação elétrica ainda	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonância magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	1-2
	Cabos extensores	02
KID LAMINOPLASTIA	Fresa para laminotomia ou piezoelétrico	01
	Miniplaca	02
	Parafusos automachíavis p/ cada lamina vertebral aberta	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal	
Seguimento	diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.21 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase do Implante)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica através do implante de eletrodo e gerador para estimulação medular elétrica com via de acesso através de laminectomia	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonancia magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia*	9C
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral*	10A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico **	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação em placa	1-2
KID LAMINOPLASTIA	Fresa para laminotomia ou piezoelétrico	01
	Miniplaca	02
	Parafusos automachiávis p/ cada lamina vertebral aberta	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal	
Seguimento	diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Caso o eletrodo implantado em definitivo for o mesmo eletrodo teste, não cobrar este código nesta etapa. ** Caso necessário.	

Nome Procedimento	9.22 –RIZOTOMIA SELETIVA OU SUPERSELETIVA PARA ESPASTICIDADE	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta da coluna vertebral realizada para tratamento de espasticidade com desconexão cirúrgica total ou parcial de nervos periféricos para inibir o circuito hiperestimulado do arco-reflexo	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, R102, R521, R610, R611, R619	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonancia magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervos (Neurólise externa)	5B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KID LAMINOPLASTIA	Fresa para laminotomia ou piezoelétrico	01
	Miniplaca	02
	Parafusos automachiávis p/ cada lamina vertebral aberta	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Dreno subcutaneo à vácuo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia,Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Analgesia em segmento corporal	
Seguimento	diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.23 –RIZOTOMIA PERCUTANEA PARA ESPASTICIDADE	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico percutâneo realizado por radiofrequência para tratamento de espasticidade com desconexão cirúrgica de nervos periféricos para inibir o circuito hiperestimulado do arco-reflexo	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, R102, R521, R610, R611, R619	
Indicação	Redução ou alívio da espasticidade	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonância magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutânea por segmento - qualquer método*	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit cânula descartável de rizotomia por radiofrequência	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Melhora da espasticidade	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor deste código será multiplicado pelo número de nervos envolvidos	

Nome Procedimento	9.24 –NEUROTOMIA PERIFÉRICA PARA ESPASTICIDADE	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para tratamento de espasticidade com desconexão cirúrgica de nervos periféricos para inibir o circuito hiperestimulado do arco-reflexo	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, R102, R521, R610, R611, R619	
Indicação	Redução ou alívio da espasticidade	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia computadorizada da coluna vertebral e Ressonância magnética da coluna vertebral.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervos (Neurólise externa)*	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Eletrodo para estimulação de nervo periférico	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Melhora da espasticidade	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor deste código será multiplicado pelo número de nervos envolvidos	

Nome Procedimento	9.25 – BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO	
Descrição do procedimento	Com utilização de anestésico local e/ou corticóide através de punção por agulha para tratamento de dor crônica mediada por este gânglio	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Analgesia de segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	RX , Tomografia e Ressonancia Magnetica	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.05.01-0	Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia de dor cronica	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.26 – BLOQUEIO NEUROLÍTICO DE NERVOS CRANIANOS OU CÉRVICO-TORÁCICO	
Descrição do procedimento	Neurólise por método químico através de punção por agulha para tratamento de dor crônica de membros superiores, cervicalgias, dor facial e demais cranialgias. Exemplos: gânglio estrelado, esfenopalatino, glossofaríngeo, nervo occipital, nervo supra-orbital, etc). Obs: Nervo trigêmeo já contemplado em outro item da tabela por técnica diferenciada desta	
CIDs do Procedimento	G540, G541, G542, G543, G544, G545, G546, G547, G548, G549, G550, G551, G552, G553, G558, G560, G561, G562, G563, G564, G568, G569, G570, G571, G572, G573, G574, G575, G576, G578, G579, G580, G587, G588, G589, G590, G598, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G611, G618, G619, G620, G621, G622, G628, G629, G630, G631, G632, G633, G634, G635, G636, G638, G64, G730, G731, G732, G733, G734, G735, G736, G737, G900, G901, G902, G903, G908, G909	
Indicação	Analgesia de segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	R.X ,Tomografia e Ressonancia Magnetica	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.16.02.13-4	Bloqueio Neurolítico de nervos cranianos ou cervico-toracico	6B
3.14.05.01-0	Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia de dor cronica	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.27 – INFILTRAÇÃO DE COLUNA (DOR AXIAL E/OU RADICULAR)	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado com anestésico local e/ou corticoide nas facetas articulares e espaço peridural no tratamento das dores axiais de coluna vertebral. Serve também como teste diagnóstico-terapêutico antes da rizotomia por radiofrequência. Este código contempla ainda a terapia perirradicular de forma isolada ou combinada com a infiltração facetária	
CIDs do Procedimento	M542, S134, M546, S233, M545, S335, S337	
Indicação	Controle de dor facetária e/ou radicular	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.08.13.36-3	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular*	5A
3.16.0216-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias	UTI x dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Arco em C 	
Resolutividade	Quebra do ciclo agudo de crise de dor na coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia e observar porcentagem de melhora da dor. Retornar após fisioterapia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Valor final deste código será multiplicado pelo número segmentos facetários e neuroforames infiltrados. Pode ser utilizado em casos emergenciais em que a dor não alivia com medicações habituais realizadas no pronto-atendimento	

Nome Procedimento	9.28 – RIZOTOMIA DE FACETAS POR MÉTODO QUÍMICO	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a rizotomia do ramo posterior de Luska no controle da dor facetaria por método químico. Serve também como teste diagnóstico-terapêutico antes da rizotomia por radiofrequência.	
CIDs do Procedimento	M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.1, M51.2, M51.3, M51.4, M51.8, M51.9, M53.0, M53.1, M53.2, 53.3, M53.8, M53.9, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9	
Indicação	Alívio da dor na coluna vertebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
	Solução neurolítica (glicerol, álcool absoluto, outros)	20 ml
Internação Dias		
	UTI x dia (s)	Quarto 1 dia (s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Arco em C 	
Resolutividade	Alívio da dor axial na coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia e observar porcentagem de melhora da dor. Retornar após fisioterapia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.29 – RIZOTOMIA DE FACETAS POR RADIOFREQUÊNCIA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a rizotomia do ramo posterior de Luska no controle da dor facetaria.	
CIDs do Procedimento	M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.1, M51.2, M51.3, M51.4, M51.8, M51.9, M53.0, M53.1, M53.2, 53.3, M53.8, M53.9, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9	
Indicação	Alívio da dor na coluna vertebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Por nível solicitado	Kit cânula descartável de rizotomia por radiofrequência	01
Internação Dias		
	UTI x dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Arco em C • Gerador de radiofrequência 	
Resolutividade	Alívio da dor axial na coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia e observar porcentagem de melhora da dor. Retornar após fisioterapia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.30 –BLOQUEIO DO PLEXO CELÍACO	
Descrição do procedimento	Procedimento percutâneo realizado para alívio da dor abdominal crônica (oncológica, pancreatite, etc)	
CIDs do Procedimento	G540, G541, G542, G543, G544, G545, G546, G547, G548, G549, G550, G551, G552, G553, G558, G560, G561, G562, G563, G564, G568, G569, G570, G571, G572, G573, G574, G575, G576, G578, G579, G580, G587, G588, G589, G590, G598, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G611, G618, G619, G620, G621, G622, G628, G629, G630, G631, G632, G633, G634, G635, G636, G638, G64, G730, G731, G732, G733, G734, G735, G736, G737, G900, G901, G902, G903, G908, G909	
Indicação	Analgesia visceral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	RX, Tomografia e Ressonancia Magnetica	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.05.01-0	Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
3.16.02.11-8	Bloqueio de nervo periférico	3B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia Visceral	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.31 –BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO E OUTROS NERVOS SIMPÁTICOS	
Descrição do procedimento	Bloqueio neurolítico do gânglio celiaco realizado para alívio da dor abdominal crônica (oncológica, pancreatite, etc), ou de outros nervos do sistema nervoso simpático envolvidos na dor crônica (gânglio Ímpar, etc)	
CIDs do Procedimento	G540, G541, G542, G543, G544, G545, G546, G547, G548, G549, G550, G551, G552, G553, G558, G560, G561, G562, G563, G564, G568, G569, G570, G571, G572, G573, G574, G575, G576, G578, G579, G580, G587, G588, G589, G590, G598, G600, G601, G602, G603, G608, G609, G610, G611, G618, G619, G620, G621, G622, G628, G629, G630, G631, G632, G633, G634, G635, G636, G638, G64, G730, G731, G732, G733, G734, G735, G736, G737, G900, G901, G902, G903, G908, G909	
Indicação	Analgesia visceral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	RX, Tomografia Computadorizada, Ressonancia Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.16.02.14-2	Bloqueio Neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico	6B
3.16.02.11-8	Bloqueio de nervo periférico	3B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgesia visceral	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.32 – TESTE PARA IMPLANTE DE BOMBA DE INFUSÃO FÁRMACO INTRATECAL	
Descrição do procedimento	Utilizado para alívio de dor aguda/crônica e como avaliação para implante de bomba de morfina, baclofeno ou outro fármaco.	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Analgesia da dor crônica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	RX, Tomografia Computadorizada, Ressonancia Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.16.02.07-0	Bloqueio anestésico simpático	4C
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoídeo c/ bloqueio de prova	3C
3.16.02.11-8	Bloqueio de nervo periférico	3B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit cateter peridural	01
Internação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Teste para analgesia	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.33 – BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACO INTRATECAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para dor crônica e/ou espasticidade com implante de cateter intratecal e bomba para infusão de fármacos (morfina, baclofeno, etc)	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Analgésia da dor crônica e / ou alívio da espasticidade.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contraindicações clínicas ou anestésicas	
Exames da Indicação	RX, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.25-3	Punção Liquórica	2B
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnóideo c/ bloqueio de prova	3C
3.14.01.12-0	Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos	8C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo	6B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit Bomba de Infusão Intratecal de Fármaco	01
	Tunelizador estéril descartável	01
Interação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Analgésia da dor crônica e / ou alívio da espasticidade.	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	9.34 – REPOSIÇÃO DE FÁRMACO DE BOMBAS IMPLANTADAS	
Descrição do procedimento	Consulta e reposição de fármaco (morfina, baclofeno, etc) de paciente portadores de Bomba de Infusão Intratecal de Fármaco	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Manutenção de : Analgesia da dor crônica e / ou alívio da espasticidade	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Mielografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.14.03.30-1	Reposição de fármaco em bombas implantadas	1B
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo	6B
4.08.10.01-1	Mielografia*	3A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit de infusão peridural (Agulha Weiss com bisel tipo Tuohy, Cateter Epidural em nylon poliamida, Filtro Antibacteriano e Seringa de vidro para a técnica de perda de resistência)	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Manutenção de analgesia	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Incluir este código apenas quando este exame for realizado em ambiente hospitalar para avaliar patência de fluxo pelo sistema de cateter implantado	

Nome Procedimento		9.35 – REVISÃO DE BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para revisão da bomba para infusão de fármacos (morfina, baclofeno, etc) afim de manter o seu funcionamento adequado.		
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521		
Indicação	Restaurar a analgesia		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência	
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada		
Exames da Indicação	Não se aplica		
Códigos CBHPM		Descrição	Porte
3.14.03.32-8		Revisão de sistema implantados para infusão de fármacos	6A
3.14.01.12-0		Implante intratecal de bombas para infusão de fármacos	8C
3.07.15.25-3		Punção Liquórica	2B
3.16.02.22-3		Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoideo c/ bloqueio de prova	3C
3.14.05.01-0		Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
4.08.11.02-6		Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		Descrição	Quantidade
		Campo cirúrgico adesivo estéril	01
		Qualquer dispositivo que esteja em malfuncionante	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Materiais Especiais	Radioscopia		
Resolutividade	Restaurar o sistema de bombeamento de farmaco		
Seguimento	dia		
Rastreabilidade	Sim		
Comentários			

Nome Procedimento	9.36 – REVISÃO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULAÇÃO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para revisão do sistema de neuroestimulação) afim de manter o seu funcionamento adequado	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Restaurar a eficiencia do sistema de neuroestimulação	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	Não se aplica	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.22-8	Revisão de sistema de neuroestimulação	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Qualquer dispositivo de neuroestimulação que esteja em mal-funcionamento ou infectado (eletrodos, cabos extensores, conectores, gerador/Neuroestimulador, controle pessoal do paciente, etc)	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Radioscopia	
Resolutividade	Restaurar o sistema de bombeamento de farmaco	
Seguimento	dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	O sistema de neuromodulação implantado é constituído por eletrodo, cabo extensor e neuroestimulador. Os códigos solicitados (adicionais) dependem da parte do sistema comprometida, assim como, do local de implante do eletrodo (cerebral, medular ou nervo periférico)	

10 - NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA

Obs 1: Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM.

Obs 2: Em crianças com peso inferior a 2,5 Kg, o valor final terá acréscimo de 100% conforme previsto CBHPM

Nome Procedimento	10.1 – ENCEFALOCELE: TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada em caráter de emergência/urgência em recém-nascidos com esta malformação. Pode necessitar Cirurgião Plástico no procedimento – sob justificativa prévia.	
CIDs do Procedimento	Q010, Q011, Q012, Q018, Q019	
Indicação	Cirurgia corretiva para defeito genético do tubo neural	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva excepcional	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.27-9	Tratamento cirúrgico da meningoencefalocele	10B
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	10B
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo	9B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico, Manta termica	
Resolutividade	Cura e plástica do defeito congênito	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	10.2 – DISRAFISMO ESPINHAL: TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para correção de malformação do tubo neural em nível espinhal Pode necessitar Cirurgião Plástico no procedimento – sob justificativa prévia.	
CIDs do Procedimento	Q010, Q011, Q012, Q050, Q051, Q052, Q053, Q055, Q056, Q057, Q058, Q063, Q069, Q070	
Indicação	Cirurgia corretiva para defeito genético do tubo neural	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano e coluna vertebral Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio RX, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.33-4	Tratamento cirúrgico do disrafismo	10B
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais*	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia**	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo	9B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico, Manta térmica	
Resolutividade	Cura e plástica do defeito congênito	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Inclui todos os disrafismo abertos ou fechado/oculto. Os disrafismos abertos caracterizam cirurgia em caráter de emergência/urgência de recém-nascidos. * Quando na coluna cervical alta, este código deverá ser incluído ** Etapa realizada nos casos de disrafismo fechado/oculto	

Nome Procedimento	10.3 – MEDULA PRESA: LIBERAÇÃO CIRÚRGICA	
Descrição do procedimento	Cirurgia corretiva que inclui desconexão das raízes/cauda equina de seu implante anômalo ao nível lombossacro visando a liberação/descompressão medular. Pode necessitar Cirurgião Plástico no procedimento – sob justificativa prévia.	
CIDs do Procedimento	Q069	
Indicação	Cirurgia corretiva para defeito genético do tubo neural	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio RX, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética da coluna vertebral	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.33-4	Tratamento cirúrgico do disrafismo	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosa, siringomielia, parasitoses)	13B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltipla	8B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico, Manta termica	
Resolutividade	Cura e plástica do defeito congênito	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	A doença excepcionalmente pode ser diagnosticada em idade além da faixa pediátrica e então, necessitar de artodese da coluna lombossacra. Necessita justificativa prévia	

Nome Procedimento	10.4 – TERCEIROVENTRICULOSTOMIA ENDOSCÓPICA	
Descrição do procedimento	Tratamento da hidrocefalia com fenestrações do sistema ventricular/cistos incluindo aquedutoplastia e comunicação ventriculo cisternal	
CIDs do Procedimento	G910, G911, G912, G913, G919, G930, G940, G941, G942, Q030, Q031, Q038, Q039, Q046, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054	
Indicação	Tratamento da hidrocefalia obstrutiva	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva excepcional	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clinica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.03-1	Cirurgia Intracraniana por via endoscópica	11A
3.14.01.24-4	Terceiro Ventriculostomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.14.01.30-9	Tratamento cirúrgico do hematoma intracraniano*	10B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit de neuroendoscopia ventricular (neonatal, infantil, adulto)	01
KIT TREPANAÇÃO	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson ou instrumento de corte esférico de 5 mm	01
	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Cateter balão para embolectomia arterial/venosa	01
	Cola biológica	01
	Repositor ósseo ou Cimento ósseo (metilmetacrilato 10 g)	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, Manta termica	
Resolutividade	Alívio da hidrocefalia e desvio interno do fluxo liquorico	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Quando o procedimento incluir drenagem de hemorragia intraventricular	

Nome Procedimento	10.5 – CRANIOESTENOSE SIMPLES	
Descrição do procedimento	Tratamento de deformidade craniana causada pelo fechamento precoce de sutura(s) e consequente compressão das estruturas intracranianas.	
CIDs do Procedimento	C410, D164, Q750, Q751, Q752, Q753, Q754, Q755, Q758, Q759, Q870, S020, S021	
Indicação	Descompressão cerebral e redução do dano neurológico com restauração cosmética	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.15.07-2	Tratamento cirúrgico da craniossinostose	8C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Clips hemostáticos tipo Raney	12
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml 5ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico, Manta termica	
Resolutividade	Cura e plástica da deformidade ossea	
Seguimento	Diario	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	10.6 – CRANIOESTENOSE COMPLEXA	
Descrição do procedimento	Tratamento de deformidade craniofacial causada pelo fechamento precoce de suturas e consequente compressão das estruturas orbiarias e intracranianas.	
CIDs do Procedimento	C410, D164, Q750, Q751, Q752, Q754, Q755, Q758, Q870, S020, S021	
Indicação	Descompressão orbitocraniana e correção cosmética da deformidade óssea crânio facial	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.02.15.04-8	Reconstrução craniana ou craniofacial	11A
3.02.15.07-2	Tratamento cirúrgico da craniossinostose	8C
3.04.04.12-6	Ressecção do osso temporal	11B
3.02.10.10-0	Reconstrução com rotação do músculo temporal	9C
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo óptico	9B
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias	9B
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Clips hemostáticos tipo Raney	12
KIT CRANIOTOMIA	Broca de parada automática tipo Smith ou tipo Hudson	01
	Instrumento de corte esférico para drilagem	01
	Fresa para craniótomo adulto ou infantil	01
	Cera hemostática para osso	01
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Espunja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA	Cola biológica ou selante dural 5 ml 5ml	01
	Tela de matriz colágena absorvível e maleável	01
KIT RECONSTRUÇÃO CRANIANA	Miniplacas de fechamento de crânio	04
	Parafusos titâneo para fechamento crânio	16
	Cimento ósseo - metilmetacrilato 10 g	01
<i>Alternativa para Miniplacas e parafusos</i>	Botões de osteossíntese	04
	Dreno à vácuo para subcutâneo	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 03 dia(s)	Quarto 05 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico, Manta termica	
Resolutividade	Correção de deformidade craniofacial	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	10.7 – PUNÇÃO TRANSFONTANELA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado para alívio de hipertensão intracraniana por hidrocefalia ou coleções intracranianas, ou ainda para coleta diagnóstica de liquor.	
CIDs do Procedimento	G91.0,G91.1, G91.3 G91.8, G91.9, P10.0, G06.2, S06.5, Q05.2, Q05.3	
Indicação	Alívio temporário da hidrocefalia e da pressão intracraniana ou obtenção de material para diagnóstico.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano Rx do Crânio, Tomografia Computadorizada do crânio e Ressonância Magnética do Crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.14.01.19-8	Punção subdural ou transfontanela	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Alívio temporário da pressão intracraniana	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

11- NERVOS PERIFÉRICO

Obs: Cirurgias realizadas em caráter de emergência/urgência terão acréscimo de 30% no valor final conforme previsto na CBHPM.

Nome Procedimento	11.1 – BIÓPSIA DE NERVO	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para elucidação diagnóstica de doenças envolvendo sistema nervoso periférico	
CIDs do Procedimento	C701, C720, C721, D321, D334, D434, M052	
Indicação	Neuropatias periféricas	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada.	
Exames da Indicação	Eletroneumiografia e exames laboratórios.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (Neurólise externa)	5B
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.14.03.01-8	Biópsia de nervo	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Estimulador de nervos periféricos e microscópio cirurgico	
Resolutividade	Diagnostico etiologico	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	11.2 – BIÓPSIA DE MÚSCULO	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para elucidação diagnóstica de doenças envolvendo sistema muscular	
CIDs do Procedimento	G130, G712, G713, G720, G721, G722, G724, G728, G729, G734, G735, G736, G737, G73, M052	
Indicação	Diagnóstico etiológico da doença muscular	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clinica	
Exames da Indicação	Eletroneumiografia e exames laboratórios.	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.03.11.01-2	Biópsia de músculo	2B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Não	
Resolutividade	Diagnostico etiologico	
Seguimento	Não	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	11.3 – LESÃO TRAUMÁTICA DO PLEXO BRAQUIAL	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para reparos de lesões do plexo braquial	
CIDs do Procedimento	G589, T144, G540, S143	
Indicação	Reparo funcional e redução de seqüela neurológica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética da coluna cervical, Ressonância Magnética do Plexo braquial, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com exploração, Neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	13A
3.14.03.26-3	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)	12B
3.14.03.35-2	Transposição de nervo	10A
3.14.03.15-8	Lesão de nervo associada a lesão óssea	8C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (Neurólise externa)	5B
3.14.03.31-0	Ressecção de neuroma	4A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Restauração de grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Procedimento em crianças e adultos	

Nome Procedimento	11.4 – LESÃO TRAUMÁTICA DE NERVO PERIFÉRICO	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para reparo de um ou mais nervos periféricos	
CIDs do Procedimento	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92, G589, S142, S144, S145, S146, S342, S440, S441, S442, S443, S444, S445, S447, S447, S448, S449, S540, S541, S542, S543, S547, S548, S549, S640, S641, S642, S647, S648, S649, S740, S741, S742, S747, S748, S749, S840, S841, S842, S847, S848, S849, T113, T133, T144	
Indicação	Reparo funcional e redução de seqüela neurológica	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Eletroneuromiografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (Neurólise externa)*	5B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo*	7C
3.14.03.31-0	Ressecção de neuroma*	4A
3.14.03.07-7	Enxerto interfascicular de nervo vascularizado*	12C
3.14.03.27-1	Microneurorrafia única*	8A
3.14.03.15-8	Lesão de nervo associada a lesão óssea	8C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Restaurar grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Valor destes códigos será multiplicado cada um pelo número de nervos reparados	

Nome Procedimento	11.5 – SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO	
Descrição do procedimento	Cirurgia para descompressão neurovascular das estruturas envolvidos entre a primeira costela normal ou costela extranumerária originada na sétima vértebra cervical e a clavícula.	
CIDs do Procedimento	G558	
Indicação	Descompressão de plexo braquial e arterial na fossa clavicular.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Eletroneuromiografia, Ressonância Magnética do plexo braquial, RX de coluna cervical, Tomografia computadorizada da coluna cervical. Angiografia digital ou Angiotomografia dos vasos da crossa aórtica.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.05.03-7	Tratamento da síndrome do desfiladeiro torácico	9B
3.07.15.07-5	Costela cervical – tratamento cirúrgico	8B
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumor, inflamatório, etc)	8B
3.14.03.18-2	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise	12C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirurgico	
Resolutividade	Restaurar grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	11.6 – NEUROPATIAS COMPRESSIVAS	
Descrição do procedimento	Envolve síndromes neuropática compressivas do carpo, ulnar, fibular, tarso, dentro outros	
CIDs do Procedimento	A300, A301, A302, A303, A304, A305, A308, A309, B92, G589, G560, G561	
Indicação	Descompressão de nervos periféricos e restauração de grau funcional.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Eletroneuromiografia, Ressonância magnética do membro envolvido.	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumor, inflamatório, etc)	8B
3.07.37.07-9	Túnel do carpo – descompressão*	9C
3.14.03.28-0	Neurólise das neuropatias compressivas	6C
3.07.31.09-7	Tenólise túnel osteofibroso	6A
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total ** (endoscópica)	9C
3.07.36.01-3	Sinovectomia total *** (endoscópica)	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Restaurar grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	* Acrescentar este código quando Síndrome do Túnel do Carpo. ** Acrescentar este código quando cirurgião optar por esta técnica na descompressão do túnel do carpo. *** Acrescentar este código quando cirurgião optar por esta técnica na descompressão ulnar	

Nome Procedimento	11.7 – NERVO FACIAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para descompressão, isolamento, neurorafia primária do nervo facial ou ainda para anastomose hipoglosso-facial	
CIDs do Procedimento	G589, T144	
Indicação	Resturar grau funcional do nervo facial	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Eletroneuromiografia, Ressonância Magnética do crânio, Tomografia computadorizada do crânio..	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.04.04.05-3	Exploração e descompressão total do nervo facial	11B
3.04.04.03-7	Enxerto parcial infratemporal do nervo facial – do gânglio geniculado ao meato acústico interno	11B
3.04.04.04-5	Enxerto total do nervo facial infratemporal	11A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltipla	8B
3.14.03.27-1	Microneurorafia única	8A
3.14.03.07-7	Enxerto interfascicular de nervo vascularizado	12C
3.14.03.35-2	Transposição de nervo	10A
3.02.10.05-4	Paralisia facial – reanimação com neurotização	11C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Recuperação de grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	11.8 – TUMOR DE NERVO	
Descrição do procedimento	Cirurgia para ressecção de neoplasia primária ou secundária (metastase) de nervo periférico	
CIDs do Procedimento	C479, C798, D361, D482, T873	
Indicação	Restaurar grau funcional	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.10-7	Excisão de tumores de nervos periféricos com enxerto interfascicular	9B
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumor, inflamatório)	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (Neurólise externa)	5B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Estimulador de nervo periférico e microscópio cirurgico	
Resolutividade	Recuperação de grau funcional	
Seguimento	Dia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	11.9 – TUMOR DO PLEXO BRAQUIAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para ressecção de neoplasia do plexo braquial primário ou secundário (metástase)	
CIDs do Procedimento	G540, S143	
Indicação	Recuperação de grau funcional do nervo	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética da coluna cervical, Ressonância Magnética do Plexo braquial, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com exploração, Neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	13A
3.14.03.10-7	Excisão de tumores de nervos periféricos com enxerto interfascicular	9B
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumor, inflamatório)	8B
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Curativo estéril de filme transparente ou película protetora adesivo	01
Internação Dias		
	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Monitorização neurofisiológica, estimulador de nervo periférico, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Restaurar grau de função	
Seguimento	Diário	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EM NEUROCIURURGIA

"A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) organizou no presente manual o maior compêndio de procedimentos em neurocirurgia com a finalidade de sistematizar os pedidos médicos, diminuindo assim os entraves e conflitos na hora da liberação das cirurgias pela evidente melhora no canal de comunicação com as operadoras de saúde. Trata-se de uma interpretação da CBHPM de como devem ser arranjadas as cirurgias conforme o código principal seguido dos sequenciais, pertinentes à cada cirurgia. Um dos caminhos para melhor remuneração poderia ter sido a criação de uma nova tabela independente da CBHPM. Entretanto, a SBN decidiu otimizar algo que já se encontrava em vigor, e que demorou uma década para se estabelecer na saúde suplementar como lista mínima e ética de remuneração médica, apesar de todas dificuldades. O que se tem destacado toda vez que os manuais de codificação são questionados, é que estes representam não só um avanço no sentido de valorização do ato médico, mas também o entendimento de que há uma relação de interdependência entre os prestadores de serviço em neurocirurgia e as operadoras de saúde. E para que esta relação seja sustentável, o novo entendimento da SBN é de que há a necessidade de uma parceria no sentido de reduzir custos das operadoras de saúde, para que subsidie o aumento nos honorários dos médicos credenciados na operadora. Neste sentido, a SBN organizou além da lista de codificação dos procedimentos, diretrizes do uso racional de OPMEs/DMLs acoplados às listas de codificação para cada cirurgia. A experiência desta parceria tem sido positiva, e os manuais de codificação têm avançado cada vez mais no sentido da consolidação desta nova forma de remuneração sustentável, bom para ambas as partes. Temos cada vez mais recebido adesão das operadoras de saúde e apoio de nossas entidades de classe, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) porque todas estas enxergaram legitimidade e legalidade neste projeto encampado pela SBN".