



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

Capítulo do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem



**Classificação Brasileira
Hierarquizada de
Procedimentos Médicos**

EDIÇÃO 2022



INSTRUÇÕES GERAIS

1. CLASSIFICAÇÃO HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1.1. A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes. Ela atualiza e substitui as listas de procedimentos anteriormente publicadas por esta Associação.

1.2. Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

1.3. A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades Brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). **Os portes anestésicos (AN)** permanecem em número de oito e mantém correspondência com os demais portes. Os **portes de atos médicos laboratoriais** seguem os mesmos **critérios dos portes dos procedimentos**, mas correspondem a frações do menor porte (1A). Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas comprovadamente associadas aos procedimentos médicos. Este custo foi calculado para os Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos, bem como aos procedimentos classificados em outros Capítulos quando envolve outras despesas além do ato médico. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da **UCO** ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.

1.4. Os atendimentos contratados de acordo com esta Classificação de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.

1.5. Esta classificação constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos).

2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

2.1.1. No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

2.1.2. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;

2.1.3. Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

3. NORMAS GERAIS

3.1. Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.01-9) ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

3.2. Procedimento por vídeo

a) Os procedimentos cirúrgicos realizados por Vídeo têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Esses portes estão sujeitos ao item 6 destas Instruções.

b) Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não se aplica o disposto no item 6 destas Instruções.

INSTRUÇÕES GERAIS

3.3. Nos procedimentos cirúrgicos e invasivos, a taxa de sala e a taxa de uso de equipamento, quando estas pertencerem ao hospital, devem ser negociadas entre as partes interessadas, ou seja, prestador de serviços e operadoras de planos de saúde. Nos procedimentos videoassistidos, quando o equipamento pertencer à equipe médica, esta terá direito à taxa de uso de equipamento, valorada na coluna “Custo Operacional”. No entanto, quando o equipamento de vídeo pertencer ao hospital, essa valoração deverá ser negociada entre as partes interessadas.

4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

4.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma **via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

4.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

4.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

4.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

4.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

4.6 Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

4.7 Nas cirurgias em neonatos (por definição, indivíduos de 0 a 28 dias de vida) e lactentes (por definição, indivíduos de 29 dias de vida a 24 meses de idade), fica previsto o acréscimo de 50 sobre o porte do procedimento realizados.

4.8 Nas cirurgias pré-escolares até público pediátrico (por definição, dos 24 meses completados até os doze anos de idade incompletos), fica previsto o acréscimo de 30 sobre o porte do procedimento realizado.

5. AUXILIARES DE CIRURGIA

5.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 60% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 40% para o segundo e 30% para o terceiro e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

5.2 Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

6. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

6.1 Quando o paciente voluntariamente internar-se em **ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES**, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 6.2 destas Instruções.

6.2 Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.

6.3 Eventuais acordos operacionais entre operadoras de serviços de saúde e hospitais não podem diminuir a quantificação dos portes estabelecidos para equipe médica, observados os itens acima (6.1 e 6.2).

INSTRUÇÕES GERAIS

7. APLICAÇÃO

7.1 As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito e identificadas tanto por parte dos médicos como das operadoras.

7.2 As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade.

7.3 Cabe à Associação Médica Brasileira, com apoio das Sociedades Brasileiras de Especialidade, definir alterações nesta Classificação de Procedimentos sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido.

7.4 A introdução de novos procedimentos nesta Classificação deverá passar por aprovação prévia de Câmara Técnica Permanente da CBHPM coordenada pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedades Brasileiras de Especialidade. À Comissão Nacional de Honorários Médicos caberá estabelecer a hierarquia e valoração dos novos procedimentos. Contudo, procedimentos de tecnologia recente que estejam sendo introduzidos na prática médica, mas ainda não codificados na presente Classificação, embora reconhecidos e considerados não experimentais, podem ser negociados diretamente entre as partes interessadas (prestadores e contratantes de serviços médicos).

7.5 As disposições específicas para os grupos de procedimentos constam no corpo de cada capítulo correspondente.

7.6 Esta Classificação não expressa qualquer divisão por especialidade médica, havendo procedimentos mesclados em várias seções e realizados por várias especialidades. A abrangência de atuação médica de cada especialista ou clínico deve ser definida pelas Sociedades de Especialidade e a Associação Médica Brasileira.

7.7 A Hierarquização e a valoração do Porte de cada procedimento consideram sua execução por aquele profissional com a mais alta qualificação para o ato médico segundo a Especialidade Médica e/ou Área de Atuação conforme normativo vigente, aprovado pela Comissão Mista de Especialidades (CME) e homologado pelo plenário do Conselho Federal de Medicina CFM.

7.8 Os procedimentos hierarquizados nesta Classificação com seus respectivos Portes poderão ser aplicados e executados, quando assim permitir, mediados por tecnologias em tempo real on-line (síncrona) ou off-line (assíncrona), por multimeios em tecnologia conforme legislação específica em vigor.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

4.08.00.00-8

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
CRÂNIO E FACE 4.08.01.00-4					
4.08.01.12-8	RX - Adenóides ou cavum	1B	1,220	0,0864	2
4.08.01.16-0	RX - Arcada dentária (por arcada)	1B	0,960	0,1296	8
4.08.01.10-1	RX - Arcos zigomáticos ou malar ou apófises estilóides	1B	1,470	0,1296	3
4.08.01.11-0	RX - Articulação temporomandibular - bilateral	1B	1,580	0,1728	4
4.08.01.01-2	RX - Crânio - 2 incidências	1B	1,310	0,1440	2
4.08.01.02-0	RX - Crânio - 3 incidências	1B	1,470	0,2160	3
4.08.01.03-9	RX - Crânio - 4 incidências	1C	1,580	0,1296	3
4.08.01.20-9	RX - Incidência adicional de crânio ou face	1A	0,270	0,1728	4
4.08.01.08-0	RX - Maxilar inferior	1B	1,340	0,1728	4
4.08.01.05-5	RX - Órbitas - bilateral	1B	1,580	0,2592	1
4.08.01.04-7	RX - Orelha, mastóides ou rochedos - bilateral	1C	1,790	0,1296	3
4.08.01.09-8	RX - Ossos da face	1B	1,580	0,1296	3
4.08.01.13-6	RX - Panorâmica de mandíbula (ortopantomografia)	1B	1,220	0,1440	2
4.08.01.19-5	Planigrafia linear de crânio ou sela túrcica ou face ou mastóide	1C	3,120	0,0216	1
4.08.01.18-7	Radiografia oclusal	1A	0,390	0,1296	1
4.08.01.17-9	Radiografia peri-apical	1A	0,300	0,0720	1
4.08.01.06-3	RX - Seios da face	1B	1,470	0,0720	1
4.08.01.07-1	RX - Sela túrcica	1B	1,340	0,6912	12
4.08.01.15-2	Teleperfil em cefalostato - com traçado *	1B	1,220	0,2880	4
4.08.01.14-4	Teleperfil em cefalostato - sem traçado *	1B	1,070	0,2592	8
COLUNA VERTEBRAL 4.08.02.00-0					
4.08.02.01-9	RX - Coluna cervical - 3 incidências	1B	1,310	0,1296	3
4.08.02.02-7	RX - Coluna cervical - 5 incidências	1C	1,580	0,2160	5
4.08.02.03-5	RX - Coluna dorsal - 2 incidências	1B	1,400	0,2400	2
4.08.02.04-3	RX - Coluna dorsal - 4 incidências	1C	1,620	0,4560	4
4.08.02.08-6	RX - Coluna dorso-lombar para escoliose	1C	1,470	0,3080	2
4.08.02.05-1	RX - Coluna lombo-sacra - 3 incidências	1B	1,400	0,3120	3
4.08.02.06-0	RX - Coluna lombo-sacra - 5 incidências	1C	1,620	0,4560	5
4.08.02.09-4	RX - Coluna total para escoliose (telespondilografia)	1C	2,840	0,6160	2
4.08.02.10-8	Planigrafia de coluna vertebral (dois planos)	1C	7,120	0,5184	12
4.08.02.11-6	RX - Incidência adicional de coluna	1A	0,320	0,1200	1
4.08.02.07-8	RX - Sacro-coccix	1B	1,400	0,1728	2
ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES 4.08.03.00-7					
4.08.03.10-4	RX - Antebraço	1B	1,220	0,1440	2
4.08.03.06-6	RX - Articulação acromioclavicular	1B	1,310	0,0864	2
4.08.03.07-4	RX - Articulação escapuloumeral (ombro)	1B	1,310	0,0864	2
4.08.03.02-3	RX - Articulação esternoclavicular	1B	1,310	0,1296	2
4.08.03.08-2	RX - Braço	1B	1,310	0,1440	2
4.08.03.04-0	RX - Clavícula	1B	1,310	0,1440	2
4.08.03.03-1	RX - Costelas - por hemitórax	1B	1,310	0,2400	2
4.08.03.09-0	RX - Cotovelo	1B	1,220	0,0864	2
4.08.03.01-5	RX - Esterno	1B	1,310	0,2160	2
4.08.03.14-7	RX - Incidência adicional de membro superior	1A	0,240	0,0720	1
4.08.03.12-0	RX - Mão ou quirodátilo	1B	1,220	0,0864	2
4.08.03.13-9	RX - Mãos e punhos para idade óssea	1B	1,220	0,0720	1
4.08.03.05-8	RX - Omoplata ou escápula	1B	1,310	0,2160	2
4.08.03.11-2	RX - Punho	1B	1,220	0,1728	2
BACIA E MEMBROS INFERIORES 4.08.04.00-3					
4.08.04.03-8	RX - Articulação coxofemoral (quadril)	1B	1,310	0,1920	2
4.08.04.08-9	RX - Articulação tibiotársica (tornozelo)	1B	1,220	0,0864	2
4.08.04.02-0	RX - Articulações sacroilíacas	1B	1,400	0,1296	3
4.08.04.01-1	RX - Bacia	1B	1,220	0,1540	1
4.08.04.10-0	RX - Calcâneo	1B	1,220	0,0864	2
4.08.04.04-6	RX - Coxa	1B	1,310	0,2400	2
4.08.04.11-9	RX - Escanometria	1B	1,310	0,1540	3
4.08.04.13-5	RX - Incidência adicional de membro inferior	1A	0,240	0,0720	1
4.08.04.05-4	RX - Joelho	1B	1,220	0,1440	2
4.08.04.12-7	RX - Panorâmica dos membros inferiores	1B	2,310	0,3185	1
4.08.04.06-2	RX - Patela	1B	1,310	0,1872	3

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

4.08.00.00-8

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
BACIA E MEMBROS INFERIORES 4.08.04.00-3					
4.08.04.09-7	RX - Pé ou pododáctilo	1B	1,220	0,1440	2
4.08.04.07-0	RX - Perna	1B	1,220	0,2400	2
TÓRAX 4.08.05.00-0					
4.08.05.05-0	RX - Coração e vasos da base	1C	1,340	0,6160	4
4.08.05.07-7	RX - Laringe ou hipofaringe ou pescoço (partes moles)	1B	1,310	0,1728	4
4.08.05.06-9	Planigrafia de tórax, mediastino ou laringe	2A	3,170	0,5760	9
4.08.05.01-8	RX - Tórax - 1 incidência	1B	0,830	0,1540	1
4.08.05.02-6	RX - Tórax - 2 incidências	1B	1,180	0,3080	2
4.08.05.03-4	RX - Tórax - 3 incidências	1B	1,220	0,4620	3
4.08.05.04-2	RX - Tórax - 4 incidências	1C	1,340	0,6160	4
SISTEMA DIGESTIVO 4.08.06.00-6					
4.08.06.08-1	Clister ou enema opaco (duplo contraste)	3A	4,680	0,7620	6
4.08.06.10-3	Colangiografia intra-operatória	2A	2,310	0,2880	4
4.08.06.11-1	Colangiografia pós-operatória (pelo dreno)	2A	2,310	0,2880	4
4.08.06.09-0	Defecograma	3A	3,990	0,4320	6
4.08.06.01-4	Deglutograma	2C	2,400	0,2304	8
4.08.06.03-0	RX - Esôfago	2A	2,400	0,2304	8
4.08.06.05-7	RX - Esôfago - hiato - estômago e duodeno	3A	3,830	0,5760	24
4.08.06.04-9	RX - Estômago e duodeno	2C	3,720	0,3888	20
4.08.06.07-3	RX - Estudo do delgado com duplo contraste	2C	4,120	0,7620	9
4.08.06.06-5	RX - Trânsito e morfologia do delgado	2C	3,830	0,5970	6
4.08.06.20-0	Videodefecograma	3B	4,080	0,2304	8
4.08.06.02-2	Videodeglutograma	3B	4,080	0,2304	8
SISTEMA URINÁRIO 4.08.07.00-02					
4.08.07.08-8	RX - Pênis	1B	1,220	0,1728	2
4.08.07.02-9	Pielografia ascendente	2A	2,950	0,4800	4
4.08.07.07-0	Tomografia renal sem contraste	1C	2,600	0,4320	6
4.08.07.05-3	Uretrocistografia de adulto	2C	4,080	0,4320	6
4.08.07.06-1	Uretrocistografia de criança (até 12 anos)	3A	4,330	0,4320	6
4.08.07.01-0	Urografia venosa com bexiga pré e pós-miccional	2C	3,850	0,6104	7
4.08.07.04-5	Urografia venosa com nefrotomografia	2C	4,910	1,0184	11
4.08.07.03-7	Urografia venosa minutada 1-2-3	2C	3,850	0,8744	10
OUTROS EXAMES 4.08.08.00-09					
4.08.08.02-5	RX - Abdome agudo	1C	1,750	0,4280	3
4.08.08.01-7	RX - Abdome simples	1B	1,220	0,1540	1
4.08.08.05-0	RX - Ampliação ou magnificação de lesão mamária	1B	1,240	0,6000	2
4.08.08.15-7	RX - Avaliação de fraturas vertebrais por DXA	2B	7,890	-	-
4.08.08.25-4	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)	4A	9,620	-	-
4.08.08.27-0	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM (não inclui o exame de imagem)	4A	9,620	-	-
4.08.08.26-2	Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US (não inclui o exame de imagem)	4A	8,960	-	-
4.08.08.31-9	Colocação de clipe(s) pré-QT neoadjuvante em axila - cada lado (não inclui o exame de base)	4C	-	-	-
4.08.08.32-7	Colocação de clipe(s) pré-QT neoadjuvante em mama - cada lado (não inclui o exame de base)	4C	-	-	-
4.08.08.14-9	Densitometria óssea - corpo inteiro (avaliação de massa óssea ou de composição corporal)	2B	8,940	-	-
4.08.08.13-0	Densitometria óssea - rotina: coluna e fêmur (ou dois segmentos)	2C	10,250	-	-
4.08.08.12-2	Densitometria óssea (um segmento)	2A	6,950	-	-
4.08.08.11-4	RX - Esqueleto (incidências básicas de: crânio, coluna, bacia e membros)	3A	16,340	3,0340	19
4.08.08.37-8	Laudo evolutivo de densitometria óssea por procedimento	2C	-	-	-
4.08.08.36-0	Laudo evolutivo de mamografia por procedimento	2C	-	-	-
4.08.08.38-6	Laudo evolutivo de raio X por procedimento	1B	-	-	-
4.08.08.03-3	Mamografia convencional bilateral	2C	7,320	1,2000	4
4.08.08.39-4	Mamografia convencional bilateral com manobra de Eklund	3C	8,140	2,4000	8
4.08.08.04-1	Mamografia digital bilateral	2C	17,190	1,2000	4
4.08.08.40-8	Mamografia digital bilateral com manobra de Eklund	3C	19,100	2,4000	8
4.08.08.28-9	Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)	5B	19,160	-	-
4.08.08.30-0	Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem)	5B	19,160	-	-
4.08.08.29-7	Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem)	5B	18,500	-	-

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

4.08.00.00-8

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
OUTROS EXAMES 4.08.08.00-09					
4.08.08.19-0	Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por estereotaxia (não inclui exame de imagem)	3B	4,180	-	-
4.08.08.21-1	Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por RM (não inclui exame de imagem)	3B	4,180	-	-
4.08.08.20-3	Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por US (não inclui exame de imagem)	3B	3,520	-	-
4.08.08.16-5	Planigrafia de osso	1C	2,580	0,3600	5
4.08.08.22-0	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia (não inclui o exame de base)	3B	-	-	-
4.08.08.24-6	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC (não inclui o exame de base)	3B	-	-	-
4.08.08.23-8	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US (não inclui o exame de base)	3B	-	-	-
4.08.08.34-3	Revisão de densitometria óssea por procedimento	2C	-	-	-
4.08.08.33-5	Revisão de mamografia por procedimento	2C	-	-	-
4.08.08.35-1	Revisão de raio X por procedimento	1B	-	-	-

4.08.08.99-8 OBSERVAÇÕES

1. Referente aos códigos 4.08.08.31-9 e 4.08.08.32-7:

- Diretrizes de utilização serão publicados através de Resolução Normativa da CNM (Comissão Nacional de Honorários Médicos).

2. Referente aos códigos marcação/punção 4.08.08.19-0 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por estereotaxia), 4.08.08.21-1 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por RM), 4.08.08.20-3 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por US), 4.08.08.22-0 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia), 4.08.08.24-6 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC), 4.08.08.23-8 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US), 4.08.08.18-1 (Biópsia de mama, dirigida por RM), 4.08.08.25-4 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia), 4.08.08.26-2 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US), 4.08.08.27-0 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM), 4.08.08.28-9 (Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem) e 4.08.08.29-7 (Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem) e 4.08.08.30-0 (Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem), serão conforme a quantidade de lesão/nódulo e os métodos de imagem utilizados como exame de base serão cobrados conforme a quantidade de lesão/nódulo.

3. Referente aos códigos marcação/punção 4.08.08.19-0 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por estereotaxia), 4.08.08.21-1 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por RM), 4.08.08.20-3 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por US), 4.08.08.22-0 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia), 4.08.08.24-6 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC), 4.08.08.23-8 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US), 4.08.08.18-1 (Biópsia de mama, dirigida por RM), 4.08.08.25-4 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia), 4.08.08.26-2 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US), 4.08.08.27-0 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM), 4.08.08.28-9 (Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem) e 4.08.08.29-7 (Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem) e 4.08.08.30-0 (Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem), serão cobrados conforme a quantidade de lesão/nódulo e para segurança do paciente, os materiais devem ser descartáveis e utilizados somente uma única vez por lesão/nódulo

4. Referentes aos códigos 4.08.08.33-5, 4.08.08.34-3, 4.08.08.35-1 somente devem ser feitos quando solicitados por médico.

5. Referente aos códigos 4.08.08.36-0, 4.08.08.37-8, 4.08.08.38-6:

1) Somente devem ser feitos quando o paciente disponibilizar fisicamente ou eletronicamente as imagens do exame anterior e no laudo evolutivo deverá ser registrado o procedimento atual e os dados do(s) exame(s) anterior(es) com data, clínica/serviço e identificação do médico que realizou o(s) procedimento(s) anterior(es).

2) Todos os casos abaixo podem necessitar de laudos evolutivos de imagem que são adotados mundialmente:

- Avaliação de resposta à terapia oncológica (RECIST)
- Controles de terapias ablativas ou intervenções vasculares e percutânea (Quimioembolização, radioembolização, Radioablação, Crioablação) de lesões hepáticas, renais, pulmonares e musculoesqueléticas;
- Controle de tratamentos/procedimentos endovasculares de aneurismas ou sangramentos
- Controle de tratamento de trombose venosa ou arterial
- Controle pós-tratamento de embolia pulmonar
- Avaliação de resposta de tumores do sistema nervoso central (critério RANO)
- Seguimento de doenças pulmonares intersticiais
- Controle evolutivo de complicações pós-COVID

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

4.08.00.00-8

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
--------	--------------	-------	-------------	---------------	--------

4.08.08.99-8 OBSERVAÇÕES (continuação)

- Avaliação de resposta terapêutica/intervencionista para doenças degenerativas e ou inflamatórias/ infecciosas.
- Avaliação e controle de hepatopatia crônica.
- Estratificação de risco de lesões e rastreamento de neoplasia pulmonar e estratificação de risco (Lung-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de hepatocarcinoma (LI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de neoplasia mamária (BI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de Câncer Colorretal (C-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de doença arterial coronariana (CAD-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de ovário (O-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de próstata (PI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de tireóide (TI-RADS):
- Avaliação de recorrência de neoplasias de cabeça e pescoço (NI-RADS)
- Controle de lesões pulmonares incidentais (Fleischner Society)
- Estadiamento e controle pós-terapêutico de doenças linfoproliferativas (Critério de LUGANO, 2014), utilizando PET-CT e Tomografia
- Exames ultrassonográficos obstétricos morfológicos (exames obstétricos pré-natais)
- Doenças vasculares: Exemplos, Avaliação da evolução de AVEs, Controle após trombólise ou trombectomia, Transformação hemorrágica em AVEs, Controle pós-embolização de aneurismas, malformações vasculares, fistulas durais
- Doenças neurodegenerativas: exemplos Doença de Parkinson - avaliação de progressão, controle pós implante de neuroestimulador, Doença de Alzheimer - avaliação de marcadores de progressão e das consequências estruturais.
- Doenças desmielinizantes - avaliação da progressão, de novas crises e da eficácia do tratamento. Exemplos: Esclerose múltipla e neuromielite óptica
- Doenças neoplásicas: Controle pós-operatório de tumores, Controle pós-radioterapia
- Controle pós-quimioembolização
- Diferenciação de pseudoprogredão e crescimento tumoral
- Doenças inflamatórias e infecciosas: Controle per e pós-tratamento, controle após prova terapêutica
- Lesões traumáticas: exemplos controle pós-TCE - surgimento/aumento/diminuição de hematomas subdurais
- Controle pós-drenagem de hematomas
- Hidrocefalia - Controle pós-drenagem
- Evolução para morte cerebral
- Entero-tomografia computadorizada (CTE) para o diagnóstico, acompanhamento e prognóstico da doença de Crohn

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS 4.08.09.00-5

4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia	2C	3,750	0,2592	16
4.08.09.06-4	Colangiografia transcutânea	3B	5,190	0,4320	6
4.08.09.07-2	Colangiopancreatografia retrógrada	2B	3,790	0,4320	6
4.08.09.08-0	Dacriocistografia	2C	2,870	0,2160	5
4.08.09.10-2	Drenagem percutânea orientada por RX (acrescentar o exame de base)	5A	-	-	-
4.08.09.05-6	Fistulografia	2A	2,450	0,2880	4
4.08.09.03-0	Histerossalpingografia	2C	3,750	0,2592	6
4.08.09.19-6	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura profunda orientada por RM (não inclui o exame de base)	9B	-	-	-
4.08.09.20-0	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura profunda orientada por RX (não inclui o exame de base)	9B	-	-	-
4.08.09.21-8	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura profunda orientada por TC (não inclui o exame de base)	9B	-	-	-
4.08.09.22-6	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura profunda orientada por US (não inclui o exame de base)	9B	-	-	-
4.08.09.18-8	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RM (não inclui o exame de base)	4A	-	-	-
4.08.09.15-3	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por RX (não inclui o exame de base)	4A	-	-	-
4.08.09.17-0	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por TC (não inclui o exame de base)	4A	-	-	-
4.08.09.16-1	Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura superficial orientada por US (não inclui o exame de base)	4A	-	-	-
4.08.09.02-1	Sialografia (por glândula)	2C	2,870	0,2592	6

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

4.08.00.00-8

Código	Procedimento	Custo		Incid.
		Porte	Oper. ou Doc.	

4.08.09.99-4 OBSERVAÇÕES

- Referente aos códigos punção biópsia 4.08.09.18-8 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RM), 4.08.09.15-3 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX), 4.08.09.17-0 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por TC), 4.08.09.16-1 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US), serão cobrados conforme a quantidade de lesão/nódulo e os métodos de imagem utilizados como exame de base serão cobrados conforme a quantidade de lesão/nódulo.

- Referente aos códigos punção biópsia 4.08.09.18-8 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RM), 4.08.09.15-3 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX), 4.08.09.17-0 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por TC), 4.08.09.16-1 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US), serão cobrados conforme a quantidade de lesão/nódulo e para segurança do paciente, os materiais devem ser descartáveis e utilizados somente uma única vez por lesão/nódulo.

4.08.99.00-4 OBSERVAÇÕES:

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM

- 1 - Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.
- 2 - Para cada exame está previsto documentação ou filmes calculados por índice atualizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 3 - Medicamentos, equipamentos, sondas, cateteres, guias, contrastes e material de assepsia não constam desta Classificação. O reembolso será efetuado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 4 - Exames angiográficos e intervencionistas terão seus portes fixados independentemente de taxas de sala.
- 5 - Eventuais adequações de portes devem obedecer critérios técnicos recomendados e supervisionados pelo CBR.
- 6 - ANGIOMEDULAR - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.
- 7 - Os procedimentos de Radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.
- 8 - Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.
- 9 - Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.
- 10 - Angiografias por catéter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7, 4.08.12.06-5 e 4.08.12.07-3) incluem-se no máximo de 3 vasos.
- 11 - Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.
- 12 - Para pacientes internados, os portes dos procedimentos de radiologia intervencionista obedecerão ao previsto no item 6 das Instruções Gerais; este adicional, contudo, não se aplica ao custo operacional.
- 13 - As regras para o concurso de auxiliares cirúrgicos deverão obedecer integralmente ao item 5 das Instruções Gerais.
- 14 - Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 das Instruções Gerais.
- 15 - Referente ao código 4.08.14.23-8:
Faz-se necessário durante todo o procedimento a utilização do aparelho de ultrassonografia devido às múltiplas punções, acompanhamento da ablação intra-operatório com e sem Doppler (relação próxima com vasos sanguíneos nobres e por vezes para ablação de vasos tireoidianos) e controle pós ablação, aplicando-se os seguintes códigos: 4.09.01.20-3 US – Órgãos superficiais (tireoide ou escroto ou pênis ou crânio), pre e pós procedimento; 4.09.02.05-6 US - Intervencionista Intra-operatório e 4.09.02.06-4 US - Doppler colorido Intra-operatório.
- 16 - Os procedimentos 4.08.13.36-3 e 3.16.02.12-6 são excludentes entre si.
- 17 - Referente ao código 4.08.14.21-1: O procedimento deve ser realizado em conjunto com o procedimento da Medicina Nuclear código 4.07.10.13-0.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

4.09.00.00-2

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA 4.09.01.00-9					
4.09.01.18-1	US - Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexos)	2B	3,860	0,5100	3
4.09.01.17-3	US - Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)	2B	3,410	0,5100	3
4.09.01.13-0	US - Abdome superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas e baço)	2C	3,860	0,5100	3
4.09.01.12-2	US - Abdome total (abdome superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais)	3A	5,850	0,6800	4
4.09.01.68-8	US - Adicional de reconstrução 3D	3B	7,390	0,5200	3
4.09.01.76-9	US - Aparelho urinário (rins, ureteres e bexiga)	2B	3,780	0,3400	2
4.09.01.22-0	US - Articular (por articulação)	2B	3,420	0,3400	2
4.09.01.61-0	US - Crânio para criança	2C	4,130	0,3400	2
4.09.01.19-0	US - Dermatológico - pele e subcutâneo	2A	2,250	0,3400	2
4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral	5A	8,260	0,5100	3
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral	5A	8,260	0,5100	3
4.09.01.39-4	Doppler colorido de aorta e artérias renais	3C	8,260	0,3400	2
4.09.01.40-8	Doppler colorido de aorta e ilíacas	3C	8,260	0,3400	2
4.09.01.51-3	Doppler colorido de artérias penianas (sem fármaco indução)	3C	3,780	0,3400	2
4.09.01.41-6	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celiaco)	3C	8,260	0,3400	2
4.09.01.42-4	Doppler colorido de hemangioma	3C	8,260	0,3400	2
4.09.01.38-6	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada	3B	7,390	0,5100	3
4.09.01.36-0	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais)	4A	8,260	0,6800	4
4.09.01.37-8	Doppler colorido de vasos cervicais venosos bilateral (subclávias e jugulares)	4A	10,810	0,6800	4
4.09.01.43-2	Doppler colorido de veia cava superior ou inferior	3C	8,260	0,3400	2
4.09.01.44-0	Doppler colorido peniano com fármaco-indução	4C	5,680	0,3400	2
4.09.01.35-1	Doppler colorido transfontanela	3B	8,260	0,3400	2
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral	5A	10,810	0,5100	3
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral	5A	10,810	0,5100	3
4.09.01.60-2	Doppler transcraniano	4A	15,000	0,3400	2
4.09.01.78-5	Ecocardiograma transesofágico tridimensional	4B	50,000	0,6800	4
4.09.01.80-7	Ecocardiograma transtorácico com STRAIN bidimensional (inclui transtorácico)	2C	22,000	0,3400	2
4.09.01.77-7	Ecocardiograma transtorácico tridimensional	3B	38,000	0,6800	4
4.09.01.62-9	Ecodopplercardiograma com avaliação do sincronismo cardíaco	3B	37,000	0,3800	2
4.09.01.05-0	Ecodopplercardiograma com contraste intracavitário	2A	17,560	0,3400	2
4.09.01.06-8	Ecodopplercardiograma com contraste para perfusão miocárdica em repouso	4A	37,000	0,3400	2
4.09.01.07-6	Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico	3B	28,000	0,3400	2
4.09.01.69-6	Ecodopplercardiograma com estresse físico	3B	28,000	0,3400	2
4.09.01.08-4	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores - por feto	2A	16,000	0,5100	3
4.09.01.71-8	Ecodopplercardiograma para ajuste de marca-passo	3B	50,000	0,3400	2
4.09.01.70-0	Ecodopplercardiograma sob estresse físico ou farmacológico com contraste	4A	45,000	0,3400	2
4.09.01.09-2	Ecodopplercardiograma transesofágico (inclui transtorácico)	3B	28,000	0,3400	2
4.09.01.10-6	Ecodopplercardiograma transtorácico	2A	20,000	0,3400	2
4.09.01.79-3	Elastografia hepática ultrassônica	5A	21,620	0,5100	3
4.09.01.83-1	Elastografia da próstata	5A	21,620	0,5100	1
4.09.01.84-0	Elastografia de estrutura superficial (mama ou cervical ou axila ou músculo ou tendão ou tireóide)	5A	21,620	0,5100	1
4.09.01.59-9	US - Estudo sonográfico dinâmico das vias urinárias (feminino)	4C	13,240	0,6800	4
4.09.01.58-0	US - Estudo sonográfico dinâmico das vias urinárias (masculino)	4C	13,240	0,6800	4
4.09.01.21-1	US - Estruturas superficiais (cervical ou axila ou músculo ou tendão)	2A	3,420	0,1700	1
4.09.01.03-3	US - Glândulas salivares (todas)	2B	3,420	0,3400	2
4.09.01.01-7	US - Globo ocular - bilateral	2B	3,420	0,3400	2
4.09.01.02-5	US - Globo ocular com Doppler colorido - bilateral	3A	8,260	0,3400	2
4.09.01.32-7	Histerossonografia	4C	5,360	0,5100	3
4.09.01.11-4	US - Mamas	2B	3,420	0,3400	2
4.09.01.72-6	Neurosonografia fetal, por feto	4A	15,000	0,3400	2
4.09.01.23-8	US - Obstétrica	2A	2,650	0,1700	1
4.09.01.29-7	US - Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	3C	3,820	0,3400	2
4.09.01.24-6	US - Obstétrica com Doppler colorido	3A	6,270	0,5100	3
4.09.01.25-4	US - Obstétrica com translucência nugal	3A	5,190	0,3400	2
4.09.01.28-9	US - Obstétrica gestação múltipla com Doppler colorido: cada feto	2B	3,250	0,1700	1
4.09.01.27-0	US - Obstétrica gestação múltipla: cada feto	1C	1,520	0,1700	1
4.09.01.26-2	US - Obstétrica morfológica	3C	4,720	0,5100	3
4.09.01.50-5	US - Obstétrica: perfil biofísico fetal	3C	4,720	0,5100	3
4.09.01.81-5	US - Órgão ou estrutura isolada com contraste microbolhas	4A	30,000	0,6800	2
4.09.01.85-8	US - Pesquisa de endometriose	6A	17,060	0,5100	3

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

4.09.00.00-2

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
ULTRASSONOGRAFIA DIAGNÓSTICA 4.09.01.00-9					
4.09.01.75-0	US - Próstata (via abdominal)	2B	3,410	0,5100	2
4.09.01.33-5	US - Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino)	3A	5,680	0,3400	2
4.09.01.67-0	US - Prova de Boyden	2C	3,860	0,5100	3
4.09.01.14-9	US - Retroperitônio (grandes vasos ou adrenais)	3A	3,780	0,3400	2
4.09.01.04-1	US - Torácico extracardiaco	3A	2,250	0,1700	1
4.09.01.30-0	US - Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)	2B	3,820	0,1700	1
4.09.01.31-9	US - Transvaginal para controle de ovulação (3 ou mais exames)	3A	8,800	0,5100	3
4.09.01.49-1	US - Tridimensional - acrescentar ao exame de base	2B	2,890	0,6800	4
4.09.01.82-3	US - Vascular com contraste microbolhas	4A	30,000	0,6800	2
4.09.01.52-1	Ultrassonografia biomicroscópica - monocular	3A	6,290	0,0000	-
4.09.01.73-4	Ultrassonografia de peça cirúrgica	2A	3,420	0,1700	-
4.09.01.53-0	Ultrassonografia diagnóstica - monocular	3A	2,500	0,0000	-
4.09.01.74-2	Ultrassonografia transretal radial	3C	8,260	0,3400	-

4.09.01.99-8 OBSERVAÇÕES

- Referente ao código 4.09.01.85-8:

Procedimentos excludentes:

- 4.09.01.18-1 - US - Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexos);
- 4.09.01.12-2 - US - Abdome total (abdome superior, rins, bexiga, aorta, veia cava inferior e adrenais);
- 4.09.01.76-9 - US - Aparelho urinário (rins, ureteres e bexiga).
- 4.09.01.38-6 - Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada;
- 4.09.01.30-0 - US - Transvaginal (útero, ovário, anexos e vagina);

- Referente aos códigos 4.09.01.58-0 e 4.09.01.59-9:

Os seguintes exames são excludentes para mesma hipótese diagnóstica:

- 4.09.01.38-6 - Doppler Colorido de órgão ou estrutura isolada.
- 4.09.01.12-2 - US Abdome total.
- 4.09.01.76-9 - US Aparelho urinário (rins, ureteres, bexiga).

- Referente ao código 4.09.01.68-8:

Exame deve ser cobrado de forma complementar ao exame de base.

ULTRASSONOGRAFIA INTERVENCINISTA 4.09.02.00-5

4.09.02.06-4	Doppler colorido intra-operatório	5B	8,260	0,3400	2
4.09.02.11-0	Drenagem percutânea orientada por US (acrescentar o exame de base)	6B	-	-	-
4.09.02.14-5	Ecodopplercardiograma intracardiaco	4A	80,000	0,3400	2
4.09.02.08-0	Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) - por hora suplementar	2A	14,000	0,1700	1
4.09.02.07-2	Ecodopplercardiograma transoperatório (transesofágico ou epicárdico) (1ª hora)	4A	28,000	0,3400	2
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório	4A	6,040	0,3400	2
4.09.02.13-7	US - Monitorização por Doppler transcraniano	1B	3,330	0,3400	-
4.09.02.02-1	US - Obstétrica 1º trimestre com punção: biópsia ou aspirativa	5A	4,050	0,5100	3
4.09.02.01-3	US - Obstétrica: com amniocentese	3B	3,720	0,3400	2
4.09.02.03-0	US - Próstata transretal com biópsia - até 8 fragmentos	4C	5,680	0,3400	2
4.09.02.04-8	US - Próstata transretal com biópsia - mais de 8 fragmentos	5B	8,520	0,3400	2
4.09.02.12-9	Redução de invaginação intestinal por enema, orientada por US (acrescentar o exame de base)	3A	-	-	-

4.09.02.99-4 OBSERVAÇÕES:

- Referente aos códigos 4.09.02.03-0 e 4.09.02.04-8:

Já incluem o código 4.09.01.33-5.

- Referente ao código 4.09.02.13-7:

A Monitorização por Doppler transcraniano complementa o exame de Doppler transcraniano para as doenças com CID-10: I63.0 a I68.8, com indicação de monitorização, reserva hemodinâmica ou pesquisa de embolia paradoxal. Para cada 30 minutos de monitorização deverá ser considerada uma unidade deste código, com o máximo de 4 unidades.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

4.09.00.00-2

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
ULTRASSONOGRAFIA- OUTROS 4.09.03.00-1					
4.09.03.01-0	Laudo evolutivo de ultrassonografia por procedimento	3A	-	-	-

4.09.03.99-0 OBSERVAÇÕES

Referente ao código 4.09.03.01-0:

1. Somente deve ser feito quando o paciente disponibilizar fisicamente ou eletronicamente as imagens do exame anterior e no laudo evolutivo deverá ser registrado o procedimento atual e os dados do(s) exame(s) anterior(es) com data, clínica/serviço e identificação do médico que realizou o(s) procedimento(s) anterior(es).

2. Todos os casos abaixo podem necessitar de laudos evolutivos de imagem que são adotados mundialmente:

- Avaliação de resposta à terapia oncológica (RECIST)
- Controles de terapias ablativas ou intervenções vasculares e percutânea (Quimioembolização, radioembolização, Radioablação, Crioblação) de lesões hepáticas, renais, pulmonares e musculoesqueléticas;
- Controle de tratamentos/procedimentos endovasculares de aneurismas ou sangramentos
- Controle de tratamento de trombose venosa ou arterial
- Controle pós-tratamento de embolia pulmonar
- Avaliação de resposta de tumores do sistema nervoso central (critério RANO)
- Seguimento de doenças pulmonares intersticiais
- Controle evolutivo de complicações pós-COVID
- Avaliação de resposta terapêutica/intervencionista para doenças degenerativas e ou inflamatórias/ infecciosas.
- Avaliação e controle de hepatopatia crônica.
- Estratificação de risco de lesões e rastreamento de neoplasia pulmonar e estratificação de risco (Lung-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de hepatocarcinoma (LI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de neoplasia mamária (BI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de Câncer Colorretal (C-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de doença arterial coronariana (CAD-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de ovário (O-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de próstata (PI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de tireóide (TI-RADS):
- Avaliação de recorrência de neoplasias de cabeça e pescoço (NI-RADS)
- Controle de lesões pulmonares incidentais (Fleischner Society)
- Estadiamento e controle pós-terapêutico de doenças linfoproliferativas (Critério de LUGANO, 2014), utilizando PET-CT e Tomografia
- Exames ultrassonográficos obstétricos morfológicos (exames obstétricos pré-natais)
- Doenças vasculares: Exemplos, Avaliação da evolução de AVEs, Controle após trombólise ou trombectomia, Transformação hemorrágica em AVEs, Controle pós-embolização de aneurismas, malformações vasculares, fistulas durais
- Doenças neurodegenerativas: exemplos Doença de Parkinson - avaliação de progressão, controle pós implante de neuroestimulador, Doença de Alzheimer - avaliação de marcadores de progressão e das consequências estruturais.
- Doenças desmielinizantes - avaliação da progressão, de novas crises e da eficácia do tratamento. Exemplos: Esclerose múltipla e neuromielite óptica
- Doenças neoplásicas: Controle pós-operatório de tumores, Controle pós-radioterapia
- Controle pós-quimioembolização
- Diferenciação de pseudoprogredão e crescimento tumoral
- Doenças inflamatórias e infecciosas: Controle per e pós-tratamento, controle após prova terapêutica
- Lesões traumáticas: exemplos controle pós-TCE - surgimento/aumento/diminuição de hematomas subdurais
- Controle pós-drenagem de hematomas
- Hidrocefalia - Controle pós-drenagem
- Evolução para morte cerebral
- Entero-tomografia computadorizada (CTE) para o diagnóstico, acompanhamento e prognóstico da doença de Crohn

4.09.99.00-9 OBSERVAÇÕES

1 - Os contrastes serão reembolsados, de acordo com listagem de preços atualizada.

2 - Estes valores devem ser reembolsados para exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados, e são calculados por índice atualizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

3 - Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.

4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 3.16.02.26-6

5 - Os procedimentos 4.09.01.33-5 Próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino) e 4.09.01.17-3 Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remunerados concomitantemente; entretanto, poderão ser autorizados quando justificados pelo médico solicitante. Este critério se aplica também aos procedimentos 4.09.01.30-0 Transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e 4.09.01.18-1 Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo).

6 - Para pacientes internados, os portes dos procedimentos de ultrassonografia intervencionista obedecerão ao previsto no item 6 das Instruções Gerais; este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 das Instruções Gerais.

7 - Referente ao código (4.09.01.11-4 - US Mamas) não engloba a avaliação das axilas. Nos casos em que a avaliação das mamas e das axilas forem solicitadas, devem ser utilizados para cobrança os códigos: uma vez o código (4.09.01.11-4 - US Mamas) + duas vezes (4.09.01.21-1 - US Estruturas superficiais - cervical ou axila ou músculo ou tendão)

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

4.10.00.00-5

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA 4.10.01.00-1					
4.10.01.10-9	TC - Abdome superior	3B	22,380	1,5000	-
4.10.01.09-5	TC - Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	3C	37,450	2,5000	-
4.10.01.43-5	Angiotomografia arterial de abdome superior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.37-0	Angiotomografia arterial de crânio	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.47-8	Angiotomografia arterial de membro inferior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.49-4	Angiotomografia arterial de membro superior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.45-1	Angiotomografia arterial de pelve	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.39-7	Angiotomografia arterial de pescoço	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.41-9	Angiotomografia arterial de tórax	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.51-6	Angiotomografia arterial pulmonar	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.23-0	Angiotomografia coronariana	3C	33,570	2,5000	-
4.10.01.18-4	Angiotomografia de aorta abdominal	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.17-6	Angiotomografia de aorta torácica	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.44-3	Angiotomografia venosa de abdome superior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.38-9	Angiotomografia venosa de crânio	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.48-6	Angiotomografia venosa de membro inferior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.50-8	Angiotomografia venosa de membro superior	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.46-0	Angiotomografia venosa de pelve	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.40-0	Angiotomografia venosa de pescoço	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.42-7	Angiotomografia venosa de tórax	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.52-4	Angiotomografia venosa pulmonar	3C	22,380	1,5000	-
4.10.01.14-1	TC - Articulação (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo) - unilateral	3A	22,380	1,5000	-
4.10.01.04-4	TC - Articulações temporomandibulares	3B	22,380	1,0000	-
4.10.01.25-7	TC - Cisternografia	4C	19,100	1,0000	-
4.10.01.26-5	TC - Colonoscopia virtual (colonografia)	5A	37,450	2,5000	-
4.10.01.13-3	TC - Coluna - segmento adicional	1C	4,280	0,5000	-
4.10.01.12-5	TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até 3 segmentos)	3A	18,200	1,0000	-
4.10.01.08-7	TC - Coração - para avaliação do escore de cálcio coronariano	3A	28,750	1,0000	-
4.10.01.01-0	TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas	3B	19,100	1,0000	-
4.10.01.05-2	TC - Dental (dentascan)	3A	19,100	1,0000	-
4.10.01.21-4	Endoscopia virtual de qualquer órgão ou estrutura por TC - acrescentar ao exame de base	1C	6,450	0,5000	-
4.10.01.19-2	TC - Escanometria digital	2B	8,250	0,5000	-
4.10.01.03-6	TC - Face ou seios da face	3B	22,380	1,0000	-
4.10.01.27-3	TC - Mandíbula	3B	22,380	1,0000	-
4.10.01.02-8	TC - Mastóides ou orelhas	3A	22,380	1,5000	-
4.10.01.28-1	TC - Maxilar	3B	22,380	1,0000	-
4.10.01.11-7	TC - Pelve ou bacia	3A	22,380	1,5000	-
4.10.01.06-0	TC - Pescoço (partes moles, laringe, tireóide, faringe e glândulas salivares)	3B	22,380	1,5000	-
4.10.01.20-6	TC - Reconstrução tridimensional de qualquer órgão ou região - acrescentar ao exame de base	1C	6,450	0,5000	-
4.10.01.15-0	TC - Segmento apendicular (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé) - unilateral	3A	22,380	1,5000	-
4.10.01.32-0	Tomossíntese digital mamária	3C	37,450	2,5000	-
4.10.01.36-2	TC de vias urinárias (urotomografia)	4A	44,000	5,0000	-
4.10.01.22-2	TC para PET dedicado oncológico	5A	44,077	1,5000	-
4.10.01.53-2	TC para planejamento oncológico	3B	25,737	1,5000	-
4.10.01.07-9	TC - Tórax	3B	22,380	1,5000	-
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA INTERVENCIONISTA 4.10.02.00-8					
4.10.02.05-9	Arthro-TC (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou tornozelo) – unilateral	4C	22,680	1,5000	-
4.10.02.03-2	Drenagem percutânea orientada por TC (acrescentar o exame de base)	5A	-	-	-
4.10.02.04-0	TC - Punção para introdução de contraste (Acrescentar o exame de base)	3A	-	-	-
4.10.02.01-6	Tomomielografia (até 3 segmentos) - acrescentar a TC da coluna e incluir a punção	2A	-	-	-
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUTROS 4.10.03.00-4					
4.10.03.02-0	Laudo evolutivo de tomografia computadorizada por procedimento	3B	-	-	-
4.10.03.01-2	Revisão de tomografia computadorizada por procedimento	3B	-	-	-

4.10.03.99-3 OBSERVAÇÕES

Referente ao código 4.10.03.02-0:

1. Somente deve ser feito quando o paciente disponibilizar fisicamente ou eletronicamente as imagens do exame anterior e no laudo evolutivo deverá ser registrado o procedimento atual e os dados do(s) exame(s) anterior(es) com data, clínica/serviço e identificação do médico que realizou o(s) procedimento(s) anterior(es).

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

4.10.00.00-5

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
--------	--------------	-------	-------------	---------------	--------

4.10.03.99-3 OBSERVAÇÕES (continuação)

2. Todos os casos abaixo podem necessitar de laudos evolutivos de imagem que são adotados mundialmente:
- Avaliação de resposta à terapia oncológica (RECIST)
 - Controles de terapias ablativas ou intervenções vasculares e percutânea (Quimioembolização, radioembolização, Radioablação, Crioablação) de lesões hepáticas, renais, pulmonares e musculoesqueléticas;
 - Controle de tratamentos/procedimentos endovasculares de aneurismas ou sangramentos
 - Controle de tratamento de trombose venosa ou arterial
 - Controle pós-tratamento de embolia pulmonar
 - Avaliação de resposta de tumores do sistema nervoso central (critério RANO)
 - Seguimento de doenças pulmonares intersticiais
 - Controle evolutivo de complicações pós-COVID
 - Avaliação de resposta terapêutica/intervencionista para doenças degenerativas e ou inflamatórias/ infecciosas.
 - Avaliação e controle de hepatopatia crônica.
 - Estratificação de risco de lesões e rastreamento de neoplasia pulmonar e estratificação de risco (Lung-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de hepatocarcinoma (LI-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de neoplasia mamária (BI-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de Câncer Colorretal (C-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de doença arterial coronariana (CAD-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de câncer de ovário (O-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de câncer de próstata (PI-RADS)
 - Estratificação de risco e rastreamento de câncer de tireóide (TI-RADS):
 - Avaliação de recorrência de neoplasias de cabeça e pescoço (NI-RADS)
 - Controle de lesões pulmonares incidentais (Fleischner Society)
 - Estadiamento e controle pós-terapêutico de doenças linfoproliferativas (Critério de LUGANO, 2014), utilizando PET-CT e Tomografia
 - Exames ultrassonográficos obstétricos morfológicos (exames obstétricos pré-natais)
 - Doenças vasculares: Exemplos, Avaliação da evolução de AVEs, Controle após trombólise ou trombectomia, Transformação hemorrágica em AVEs, Controle pós-embolização de aneurismas, malformações vasculares, fístulas durais
 - Doenças neurodegenerativas: exemplos Doença de Parkinson - avaliação de progressão, controle pós implante de neuroestimulador, Doença de Alzheimer - avaliação de marcadores de progressão e das consequências estruturais.
 - Doenças desmielinizantes - avaliação da progressão, de novas crises e da eficácia do tratamento. Exemplos: Esclerose múltipla e neuromielite óptica
 - Doenças neoplásicas: Controle pós-operatório de tumores, Controle pós-radioterapia
 - Controle pós-quimioembolização
 - Diferenciação de pseudoprogredão e crescimento tumoral
 - Doenças inflamatórias e infecciosas: Controle per e pós-tratamento, controle após prova terapêutica
 - Lesões traumáticas: exemplos controle pós-TCE - surgimento/aumento/diminuição de hematomas subdurais
 - Controle pós-drenagem de hematomas
 - Hidrocefalia - Controle pós-drenagem
 - Evolução para morte cerebral
 - Entero-tomografia computadorizada (CTE) para o diagnóstico, acompanhamento e prognóstico da doença de Crohn

4.10.99.00-1 OBSERVAÇÕES

- 1 - Contrastes serão reembolsados à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 2 - Os valores referentes ao reembolso de filmes ou documentação são atualizados conforme índice divulgado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou listagem oficial de preços.
- 3 - Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do item 4.08.13.00-2.
- 4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 3.16.02.27-4.]
- 5 - TC volumetria de qualquer órgão ou estrutura, remunera-se o exame de base mais a reconstrução tridimensional, código 4.10.01.20-6 (exemplo: Volumetria hepática, corresponde aos códigos 4.10.01.10-9 + 4.10.01.20-6).
- 6 - O código 4.10.01.21-4 Endoscopia virtual de qualquer órgão ou estrutura por TC, deve ser usado para exame de qualquer órgão ou estrutura e sua remuneração deve incluir o exame de base (exemplos: Colonoscopia virtual, corresponde aos códigos 4.10.01.09-5 + 4.10.01.21-4. Broncoscopia virtual, corresponde aos códigos 4.10.01.07-9 + 4.10.01.21-4).
- 7 - Arthro-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste, código 4.10.02.04-0 (exemplos: Arthro-TC corresponde aos códigos 4.10.01.04-4 ou 4.10.01.14-1 + 4.10.02.04-0; Cisternografia, corresponde aos códigos 4.10.01.01-0 + 4.10.02.04-0).
- 8 - O código 3.16.02.27-4 Anestesia para exames de tomografia computadorizada Porte Anestésico 2, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de tomografia computadorizada realizados, seguindo-se o item 6 das INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS PARA A ANESTESIOLOGIA 3.16.02.99-1, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.
- 9 - Além do previsto no item acima, o código 3.16.02.27-4 Anestesia para exames de tomografia computadorizada Porte Anestésico 2 terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade até 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos).
- 10 - Os procedimentos de Tomografia de Coluna devem ser cobrados conforme a quantidade de segmentos, sendo os três primeiros segmentos pelo código TUSS 41001125 TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até 3 segmentos) e os demais segmentos devem ser cobrados por segmento adicional com o código TUSS 41001133 TC - Coluna - segmento adicional. Segue regra de cobrança: TC Coluna Cervical corresponde ao código (41001125 + quatro vezes o código 41001133), TC Coluna Dorsal corresponde ao código (41001125 + nove vezes o código 41001133) e TC Coluna Lombo-Sacra corresponde ao código (41001125 + sete vezes o código 41001133).
- 11 - Referente ao código 4.10.01.25-7: Os seguintes exames são excludentes para mesma hipótese diagnóstica:
- 4.10.02.04-0 - TC Punção para introdução de contraste.
 - 4.10.01.01-0 - TC Crânio ou sela túrcica ou órbitas.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

4.11.00.00-0

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DIAGNÓSTICA 4.11.01.00-6					
4.11.01.17-0	RM - Abdome superior (fígado, pâncreas, baço, rins, supra-renais, retroperitônio)	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.51-0	Angio-RM arterial de abdome superior	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.53-7	Angio-RM arterial de crânio	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.55-3	Angio-RM arterial de membro inferior (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.57-0	Angio-RM arterial de membro superior (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.59-6	Angio-RM arterial de pelve	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.61-8	Angio-RM arterial de pescoço	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.49-9	Angio-RM arterial pulmonar	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.34-0	Angio-RM de aorta abdominal	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.33-2	Angio-RM de aorta torácica	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.52-9	Angio-RM venosa de abdome superior	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.54-5	Angio-RM venosa de crânio	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.56-1	Angio-RM venosa de membro inferior (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.58-8	Angio-RM venosa de membro superior (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.60-0	Angio-RM venosa de pelve	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.62-6	Angio-RM venosa de pescoço	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.50-2	Angio-RM venosa pulmonar	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.10-3	RM - Articulação temporomandibular (bilateral)	3B	47,240	4,0000	-
4.11.01.31-6	RM - Articular (por articulação)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.43-0	RM - Avaliação de ferro (coração ou fígado), por órgão	3C	53,780	5,0000	-
4.11.01.27-8	RM - Bacia (articulações sacroilíacas)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.03-0	RM - Base do crânio	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.21-9	RM - Bolsa escrotal	3B	47,240	4,0000	-
4.11.01.22-7	RM - Coluna cervical ou dorsal ou lombar	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.13-8	RM - Coração - morfológico e funcional	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.14-6	RM - Coração - morfológico e funcional + perfusão + estresse	3C	53,780	5,0000	-
4.11.01.15-4	RM - Coração - morfológico e funcional + perfusão + viabilidade miocárdica	3C	59,620	5,0000	-
4.11.01.28-6	RM - Coxa (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.01-4	RM - Crânio (encéfalo)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.45-6	Difusão por RM	3B	11,950	1,0000	-
4.11.01.63-4	RM - Endorretal	3C	53,780	4,0000	-
4.11.01.64-2	RM - Endovaginal	3C	53,780	4,0000	-
4.11.01.37-5	Endoscopia virtual por RM - acrescentar ao exame de base	2C	11,950	1,0000	-
4.11.01.06-5	Espectroscopia por RM	3B	11,950	1,0000	-
4.11.01.04-9	Estudo funcional (mapeamento cortical por RM)	3B	11,950	1,0000	-
4.11.01.09-0	RM - Face (inclui seios da face)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.19-7	RM - Fetal	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.23-5	RM - Fluxo liquórico (como complementar)	2C	11,950	0,5000	-
4.11.01.35-9	Hidro-RM (colângio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM ou cistografia por RM)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.48-0	RM - Mama (bilateral)	6A	80,376	4,0000	-
4.11.01.26-0	RM - Mão (não inclui punho)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.25-1	RM - Membro superior unilateral (não inclui mão e articulações)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.65-0	RM - Neuronavegador	3B	11,950	1,0000	-
4.11.01.07-3	RM - Órbita bilateral	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.08-1	RM - Ossos temporais bilateral	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.30-8	RM - Pé (antepé) - não inclui tornozelo	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.18-9	RM - Pelve (não inclui articulações coxofemorais)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.20-0	RM - Pênis	3B	47,240	4,0000	-
4.11.01.05-7	Perfusão cerebral por RM	3B	11,950	1,0000	-
4.11.01.29-4	RM - Perna (unilateral)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.11-1	RM - Pescoço (nasofaringe, orofaringe, laringe, traquéia, tireóide, paratireóide)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.24-3	RM - Plexo braquial (desfiladeiro torácico) ou lombossacral (não inclui coluna cervical ou lombar)	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.38-3	RM - Reconstrução tridimensional - acrescentar ao exame de base	2C	11,950	0,5000	-
4.11.01.66-9	RM para planejamento oncológico	3C	58,397	4,0000	-
4.11.01.47-2	RM - Planejamento	3C	58,400	4,0000	-
4.11.01.02-2	RM - Sela túrcica (hipófise)	3C	47,240	4,0000	-
4.11.01.12-0	RM - Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	3C	50,780	4,0000	-
4.11.01.44-8	RM - Tractografia	4A	51,964	4,0000	-

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

4.11.00.00-0

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	Filme ou Doc.	Incid.
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA INTERVENCIÓNISTA 4.11.02.00-2					
4.11.02.01-0	Artro-RM (incluir a punção articular) - por articulação	3C	50,780	4,0000	-
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OUTROS 4.11.03.00-9					
4.11.03.02-5	Laudo evolutivo de ressonância magnética por procedimento	3C	-	-	-
4.11.03.01-7	Revisão da ressonância magnética por procedimento	3C	-	-	-

4.11.03.99-8 OBSERVAÇÕES

Referente ao código 4.11.03.02-5:

1. Somente deve ser feito quando o paciente disponibilizar fisicamente ou eletronicamente as imagens do exame anterior e no laudo evolutivo deverá ser registrado o procedimento atual e os dados do(s) exame(s) anterior(es) com data, clínica/serviço e identificação do médico que realizou o(s) procedimento(s) anterior(es).

2. Todos os casos abaixo podem necessitar de laudos evolutivos de imagem que são adotados mundialmente:

- Avaliação de resposta à terapia oncológica (RECIST)
- Controles de terapias ablativas ou intervenções vasculares e percutânea (Quimioembolização, radioembolização, Radioablação, Crioablação) de lesões hepáticas, renais, pulmonares e musculoesqueléticas;
- Controle de tratamentos/procedimentos endovasculares de aneurismas ou sangramentos
- Controle de tratamento de trombose venosa ou arterial
- Controle pós-tratamento de embolia pulmonar
- Avaliação de resposta de tumores do sistema nervoso central (critério RANO)
- Seguimento de doenças pulmonares intersticiais
- Controle evolutivo de complicações pós-COVID
- Avaliação de resposta terapêutica/intervencionista para doenças degenerativas e ou inflamatórias/ infecciosas.
- Avaliação e controle de hepatopatia crônica.
- Estratificação de risco de lesões e rastreamento de neoplasia pulmonar e estratificação de risco (Lung-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de hepatocarcinoma (LI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de neoplasia mamária (BI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de Câncer Colorretal (C-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de doença arterial coronariana (CAD-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de ovário (O-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de próstata (PI-RADS)
- Estratificação de risco e rastreamento de câncer de tireóide (TI-RADS):
- Avaliação de recorrência de neoplasias de cabeça e pescoço (NI-RADS)
- Controle de lesões pulmonares incidentais (Fleischner Society)
- Estadiamento e controle pós-terapêutico de doenças linfoproliferativas (Critério de LUGANO, 2014), utilizando PET-CT e Tomografia
- Exames ultrassonográficos obstétricos morfológicos (exames obstétricos pré-natais)
- Doenças vasculares: Exemplos, Avaliação da evolução de AVEs, Controle após trombolise ou trombectomia, Transformação hemorrágica em AVEs, Controle pós-embolização de aneurismas, malformações vasculares, fístulas durais
- Doenças neurodegenerativas: exemplos Doença de Parkinson - avaliação de progressão, controle pós implante de neuroestimulador, Doença de Alzheimer - avaliação de marcadores de progressão e das consequências estruturais.
- Doenças desmielinizantes - avaliação da progressão, de novas crises e da eficácia do tratamento. Exemplos: Esclerose múltipla e neuromielite óptica
- Doenças neoplásicas: Controle pós-operatório de tumores, Controle pós-radioterapia
- Controle pós-quimioembolização
- Diferenciação de pseudoprogredão e crescimento tumoral
- Doenças inflamatórias e infecciosas: Controle per e pós-tratamento, controle após prova terapêutica
- Lesões traumáticas: exemplos controle pós-TCE - surgimento/aumento/diminuição de hematomas subdurais
- Controle pós-drenagem de hematomas
- Hidrocefalia - Controle pós-drenagem
- Evolução para morte cerebral
- Entero-tomografia computadorizada (CTE) para o diagnóstico, acompanhamento e prognóstico da doença de Crohn

4.11.99.00-6 OBSERVAÇÕES

- 1 - Contraste paramagnético será reembolsado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 2 - Os valores referentes ao reembolso de filmes ou documentação são atualizados conforme índice divulgado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem ou listagem oficial de preços.
- 3 - Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do exame de base.
- 4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 3.16.02.28-2.
- 5 - O código 3.16.02.28-2 Anestesia para exames de ressonância magnética Porte Anestésico 3, deve ser aplicado em igual quantidade de exames de ressonância magnética realizados, seguindo-se o item 6 das INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS PARA A ANESTESIOLOGIA 3.16.02.99-1, isto é 100% para o porte anestésico do exame principal e 70% do porte anestésico dos exames sequenciais.
- 6 - Além do previsto no item acima, o código 3.16.02.28-2 Anestesia para exames de ressonância magnética Porte Anestésico 3 terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade até 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos).
- 7 - Referente ao código 4.11.01.44-8: Exame de 4.11.01.01-4 - RM Crânio (Encéfalo) não está incluso na valoração, se necessário, deve ser solicitado e cobrado à parte deste procedimento.
- 8 - Referente ao código 4.11.01.45-6: Exame deve ser cobrado de forma complementar ao exame de base.
- 9 - Referente ao código 4.11.01.47-2: Exame difere do procedimento 4.11.01.66-9 - RM para Planejamento Oncológico, pois foca isquemias agudas, abscessos, celularidades tumorais entre outros.
- 10 - Referente ao código 4.11.01.65-0:
Exame deve ser cobrado de forma complementar ao exame de base.