

MANUAL DE CODIFICAÇÃO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SBOT



DIRETORIA SBOT 2024

Presidente **Fernando Baldy dos Reis (SP)**
1º Vice-Presidente **Paulo Lobo Junior (DF)**
2º Vice-Presidente **Miguel Akkari (SP)**
Secretário-Geral **Alexandre Fogaça Cristante (SP)**
1º Secretário **Roberto Luiz Sobania (PR)**
2º Secretário **Marcelo Carvalho Krause Gonçalves (PE)**
1º Tesoureiro **Alberto Naoki Miyazaki (SP)**
2º Tesoureiro **Tito Henrique de Noronha Rocha (RJ)**
Diretor de Comunicação de Marketing **Maria Fernanda Silber Caffaro (SP)**
Diretor de Regionais **Francisco Carlos Salles Nogueira (MG)**
Diretor de Comitês **Sandro da Silva Reginaldo (GO)**
Diretor de Defesa Profissional **Alexandre de Bustamante Pallotino (RJ)**
CEO **Adimilson Cerqueira (SP)**

DIRETORIA SBOT 2025

Presidente **Paulo Lobo Junior (DF)**
1º Vice-Presidente **Miguel Akkari (SP)**
2º Vice-Presidente **Fernando Antônio Mendes Façanha Filho (CE)**
Secretário-Geral **Alberto Naoki Miyazaki (SP)**
1º Secretário **Leonardo Cortes Antunes (MG)**
2º Secretário **Jean Klay Santos Machado (PA)**
1º Tesoureiro **André Pedrinelli (SP)**
2º Tesoureiro **Marcel Jun Sugawara Tamaoki (SP)**
Diretor de Comunicação de Marketing **Maria Fernanda Silber Caffaro (SP)**
Diretor de Regionais **José Paulo Gabbi Aramburú Filho (RJ)**
Diretor de Comitês **Maria Isabel Pozzi Guerra (RS)**
Diretor de Defesa Profissional **Adalto Ferreira Lima Junior (RJ)**
CEO **Adimilson Cerqueira (SP)**

COMISSÃO DO PROJETO DE CODIFICAÇÃO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Coordenadores:

Alexandre de Bustamante Pallottino (RJ) Adalto
Ferreira Lima Junior (RJ)

Demais Membros:

• Marcio de Castro Ferreira (SP) • Rodrigo Salim (SP)	Joelho
• Juracy Barbosa dos Santos (DF) • Simone Martinelli Reis (MG)	Atuação em Dor
• Adriano Jander Ferreira (MG) • Fábio Fernando Elói Pinto (SP)	Oncologia Ortopédica
• Alexandre Leme Godoy dos Santos (SP) • Antônio Alcício Moreira de Oliveira Junior (AL) • Rogério Carneiro Bitar (SP)	Pé
• José Luis Amim Zabeu (SP) • Henrique Carvalho de Resende (MG)	Reconstrução e Alongamento Ósseo
• Fernando Toni Marcelino da Silva (SP) • Marcos Vaz de Lima (SP)	Coluna
• Giuseppe De Luca Junior (RS) • Leonardo Antunes Marques Adami (MG) • Felipe Roth (MS)	Mão
• Fernando Ribeiro de Oliveira (PR) • Daniel Carvalho de Toledo (DF)	Ombro e Cotovelo
• Guillermo Oscar Hernandez Tierno (BA) • Pedro Vasconcelos Barros Poggiali (MG)	Ortopedia Pediátrica
• Marcos Antônio da Silva Girão (CE) • João Alves Grangeiro Neto (RJ)	Artroscopia e Trauma Esportivo
• Gustavo Tadeu Sanchez (SP) • Caio Zamboni (SP)	Trauma Ortopédico
• Marcio Rangel Valin (RS) • Osvaldo Guilherme Nunes Pires (SP)	Quadril

Editor-chefe

Dr. Wuilker Knoner Campos
Consultor em Codificação Médica

Caros colegas,

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), em cumprimento a suas prerrogativas estatutárias e baseando-se nas demandas de seus associados e nos preceitos éticos da medicina, verificou a necessidade de compilar informações e disponibilizar um referencial de codificação dos procedimentos em nossa especialidade, como ferramenta de auxílio na prática para sistematizar e padronizar os pedidos de procedimentos, conforme as melhores práticas da medicina, além de dar a devida proporcionalidade que cada procedimento requer conforme sua complexidade.

Atualmente, é notável a dificuldade de relação entre os atores do ecossistema da saúde suplementar, com consequente morosidade na aprovação dos procedimentos, causando transtornos a todos os envolvidos, mas principalmente afetando nossos pacientes pela demora nas autorizações dos procedimentos por falta de uma padronização nos processos que poderia dirimir estas questões. Assim, por meio de uma força tarefa envolvendo vários membros da SBOT, buscamos preencher essa lacuna deixada pela falta de padronização nos pedidos de procedimentos na saúde suplementar.

Temos a certeza de que a criação do Manual de Diretrizes de Codificação em Ortopedia e Traumatologia será uma ferramenta imprescindível no dia a dia dos nossos colegas cirurgiões, como base e amparo na solicitação de procedimentos da diagnose ao ato cirúrgico. O que se pretende a partir deste manual é dar uma melhor fluidez nas tratativas entre os médicos da especialidade e as operadoras de saúde, pois a padronização nos pedidos de procedimentos:

- a) viabiliza a rapidez nas autorizações;
- b) diminui a necessidade de auditorias exaustivas;
- c) minimiza os conflitos entre auditores e médicos solicitantes;
- d) diminui os custos com auditorias de segunda e terceira opinião;
- e) diminui a judicialização nas operadoras de saúde;
- f) diminui as notificações (NIPs) junto à Agência Nacional de Saúde (ANS), principalmente no que se refere ao curto tempo de resposta para os clientes das operadoras de saúde para atender às exigências da ANS.

O resultado deste manual é o cancelamento de uma relação sustentável entre médicos desta especialidade e operadoras de saúde, baseada na padronização dos pedidos da especialidade.

Assim agradecemos a todos os profissionais qualificados que se empenharam na elaboração deste manual, com todo desprendimento nas análises históricas de referenciais de codificação, fluxos de pareceres e demandas de associados.

Grande abraço,

Diretoria da SBOT - Biênio 2024 /2025

SUMÁRIO

I – DA LEGALIDADE E LEGITIMIDADE DO MANUAL.....	06
II – CODIFICAÇÕES MAIS UTILIZADAS POR SUBESPECIALIDADE.....	08
III – INSTRUÇÕES GERAIS DE UTILIZAÇÃO DO MANUAL DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....	19
IV – DEFINIÇÃO DE CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA.....	20
V – DEFINIÇÃO DE CIRURGIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.....	21
VI – CONFORMIDADE DOS MANUAIS DE CODIFICAÇÃO MÉDICA COM OS PRECEITOS CONSTITUCIONAIS E A LEGISLAÇÃO ANTI-TRUSTE.....	22
VII – DEFINIÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	24
VIII – DEFINIÇÃO DE CODIFICAÇÃO SEQUENCIAL CBHPM.....	25
1 – Patologias da Coluna Vertebral.....	26
2 – Cirurgia do Ombro e Cotovelo.....	153
3 – Cirurgia da Mão.....	193
4 – Cirurgia do Quadril.....	264
5 – Cirurgia do Joelho.....	285
6 – Cirurgia do Pé.....	312
7 – Trauma Ortopédico.....	336
8 – Oncologia Ortopédica.....	401
9 – Ortopedia Pediátrica.....	505
10 – Reconstrução e Alongamento Ósseo.....	527
11 – Autuação em Dor.....	570
12 – Relacionamento com Planos de Saúde e a Autonomia Médica.....	591

I - DA LEGALIDADE E LEGITIMIDADE DO MANUAL

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) tem por vocação defender e ajudar seus associados, conforme rege o próprio Estatuto e sempre de acordo com nosso Código de Ética Médica (CEM), Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), regulamentações da Agência Nacional de Saúde (ANS), Constituição Federal e sempre contando com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB), a casa do médico brasileiro. Após vários anos avaliando nossas demandas junto à diretoria de Defesa Profissional da SBOT, percebemos que existia uma forte demanda para saber como usar e apresentar estes referenciais de codificação pelos associados. Este fato acaba gerando conflitos, redundância de tarefas e, conseqüentemente, atrasos na liberação dos procedimentos, trazendo assim, prejuízos para ambas as partes, mas principalmente, para a parte mais interessada nesta relação entre médicos e fontes pagadoras: os pacientes.

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

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 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 421/2007 do Ministério da

Saúde, órgão executivo hierárquico máximo da saúde no Brasil;

CONSIDERANDO que o médico deve, em benefício do seu paciente, agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade (*Inciso II do Capítulo I, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que o médico não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e a correção de seu trabalho (*Inciso VIII do Capítulo I, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que, para tal, deve aprimorar-se continuamente quanto aos seus conhecimentos técnicos e ao progresso da ciência médica (*Inciso V do Capítulo I, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente (*Inciso XVI do Capítulo I, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país (*Inciso II do Capítulo II, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que é imperiosa a garantia de acesso aos médicos e, por conseguinte, aos pacientes, da evolução tecnológica comprovada cientificamente e liberada para uso no país (*Inciso XXV do Capítulo I, Código de Ética Médica*);

CONSIDERANDO que a Resolução CFM Nº 2.318/2022, Art. 2º, corrobora com o direito do médico de determinar órteses, próteses e materiais conforme seu treinamento técnico a fim de empregar a melhor técnica disponível ao seu paciente;

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;

CONSIDERANDO que a Lei nº 9.656/98 não estabelece limitações financeiras por pacotes, garantindo cobertura pela necessidade médica;

CONSIDERANDO que na Lei nº 9.656/98 há ausência de limites financeiros fortalecendo o princípio da integralidade, permitindo tratamento baseado exclusivamente em critérios médicos;

CONSIDERANDO que a Resolução ANS nº 424/2017 mantém necessidade médica como elemento norteador para autorização de implantes e materiais;

CONCLUI-SE, portanto, que o presente Manual de Diretrizes de Codificação da SBOT, encontra-se totalmente amparado 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. Todos os arrazoamentos supracitados conferem a legitimidade necessária para regulamentar este manual como instrumento referencial de pedidos de procedimentos desta especialidade junto a todos os atores da saúde suplementar.

PATOLOGIA DA COLUNA VERTEBRAL - SBC

- **Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3.07.15.01-6)** - Porte 12C: Estabilização da coluna vertebral com implantes metálicos em casos de instabilidade, deformidades ou fraturas. Técnica usada em cirurgias de fusão vertebral.
- **Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4)** - Porte 12C: Fusão óssea entre segmentos vertebrais por via anterior ou lateral, geralmente acompanhada de descompressão e instrumentação.
- **Descompressão medular e/ou cauda equina (3.07.15.09-1)** - Porte 9C: Cirurgia para aliviar a pressão sobre a medula espinhal ou cauda equina, indicada em casos de hérnia, estenose ou tumor.
- **Fratura de coluna - tratamento conservador (3.07.15.12-1)** - Porte 2C: Conduta clínica em fraturas vertebrais estáveis, com uso de órteses, analgesia e repouso. Exclui intervenções cirúrgicas. Indicada em fraturas osteoporóticas, traumáticas ou patológicas.
- **Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta (3.07.15.15-6)** - Porte 5B: Reposicionamento de fraturas ou luxações da coluna sem abertura cirúrgica, utilizando tração ou manobras externas.
- **Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico (3.07.15.39-3)** - Porte 12C: Remoção do disco intervertebral herniado com objetivo de descompressão das raízes nervosas cervicais.
- **Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco (2.01.03.30-1)** - Porte 3A: Técnica de bloqueio de pontos dolorosos miofasciais ou musculares com anestésicos e/ou corticoides. Utilizada no manejo da dor crônica da coluna com resposta limitada a medicamentos orais.
- **Instalação de halo craniano (3.07.09.01-6)** - Porte 3A: Aplicação de sistema de tração cervical externo em pacientes com fraturas instáveis da coluna cervical. Proporciona estabilização rígida sem cirurgia.
- **Monitorização neurofisiológica intra-operatória em neurocirurgia (2.02.02.04-0)** - Porte 12A: Técnica de monitoramento em tempo real da função neurológica durante cirurgias da coluna para evitar lesões.
- **Outras afecções da coluna - tratamento incruento (3.07.15.23-7)** - Porte 3B: Tratamento clínico não invasivo de doenças da coluna como lombalgia, hérnias, artrose ou alterações posturais. Pode incluir fisioterapia, orientação e uso de órteses.
- **Programação de dispositivos neurofuncionais (2.01.01.35-0)** - Porte 4A: Ajuste e programação de eletrodos ou bombas de infusão implantados para controle da dor crônica ou espasticidade.
- **Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular (3.07.15.31-8)** - Porte 14B: Cirurgia de alta complexidade em pacientes com lesões traumáticas da medula espinhal, visando estabilização e descompressão.

CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO - SBCOC

- **Artroplastia reversa (3.07.17.18-3)** - Porte 11C: Substituição da articulação glenoumeral por prótese reversa, indicada em artropatias graves com lesão irreversível do manguito rotador.
- **Artroplastias sem implante - tratamento cirúrgico (3.07.19.03-8)** - Porte 6A: Procedimento cirúrgico de reconstrução articular sem uso de próteses, visa restaurar a função da articulação.
- **Capsulotomia via artroscópica (3.07.36.07-2)** – Porte 11B: Procedimento minimamente invasivo realizado por artroscopia para liberação da cápsula articular, geralmente em casos de rigidez ou capsulite adesiva. Visa melhorar a mobilidade e reduzir a dor no ombro.
- **Instabilidade glenoumeral, por via artroscópica (3.07.35.05-0)** – Porte 10C: Procedimento artroscópico para tratar instabilidade do ombro (glenoumeral), geralmente por luxações recorrentes. Envolve reparo de lesões capsulolabrais e reforço das estruturas estabilizadoras.
- **Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise (3.14.03.18-2)** - Porte 12C: Procedimento microcirúrgico para tratamento de lesões no plexo braquial, envolvendo a exploração dos nervos e liberação de aderências (neurólise). Realizado com auxílio de microscópio cirúrgico para preservar estruturas neurais.
- **Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões) (3.07.17.31-0)** – Porte 9C: Procedimento cirúrgico aberto para reparo de ruptura extensa do manguito rotador envolvendo três tendões. Consiste na reinserção dos tendões ao osso por meio de suturas e âncoras, com acesso direto à articulação.
- **Reparo artroscópico da ruptura manguito rotador (3.07.35.06-8)** - Porte 10C: Procedimento minimamente invasivo realizado por artroscopia para reparar ruptura parcial ou completa de um tendão do manguito rotador. Envolve sutura e reinserção do tendão lesionado ao osso.
- **Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral (3.07.35.20-3)** - Porte 11A: Refixação dos ligamentos glenoumerais após luxações traumáticas, comum em instabilidades do ombro.
- **Sinovectomia parcial e/ou remoção de corpos livres (3.07.38.02-4)** - Porte 9C: Remoção de tecido sinovial inflamado e corpos livres soltos na articulação, com alívio da dor e melhora da mobilidade.
- **Sinovectomia via artroscópica (3.07.35.22-0)** - Porte 9C: Procedimento minimamente invasivo para remoção do tecido sinovial inflamado por artroscopia.
- **Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta (3.07.17.34-5)** - Porte 8A: Fixação do tendão do bíceps ao osso para tratamento de lesões dolorosas ou instabilidade do tendão.
- **Transferências musculares ao nível da cintura escapular (3.07.17.16-7)** - Porte 11A: Reposicionamento de músculos ou tendões para restaurar a função do ombro em casos de paralisia ou lesão irreversível.
- **Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal - 2 colunas (3.07.19.28-3)** - Porte 10C: Procedimento cirúrgico para correção de fratura complexa do úmero distal envolvendo as colunas medial e lateral. Requer fixação interna com placas bilaterais para restaurar a anatomia e estabilidade articular.

CIRURGIA DA MÃO - SBCM

- **Artrodese interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico (7.07.22.11-0)** - Porte 9B: Procedimento cirúrgico que promove a fusão definitiva das articulações interfalangeanas ou metacarpofalangeanas, eliminando o movimento articular. Indicado para alívio da dor e estabilização em casos de artrite severa ou deformidades.
- **Artroplastia interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico (3.07.22.14-4)** - Porte 11B: Substituição da articulação do dedo por uma prótese, permitindo manter parte da mobilidade em quadros de desgaste articular.
- **Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico (3.07.25.09-7)** - Porte 7A: Procedimento cirúrgico que visa interromper temporária ou permanentemente o crescimento de uma placa epifisária óssea em um segmento corporal. É utilizado no tratamento de discrepâncias no comprimento dos membros ou deformidades angulares.
- **Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico com fixação (3.07.22.48-9)** - Porte 9C: Procedimento cirúrgico para estabilização de fraturas em falanges ou metacarpianos, utilizando materiais de fixação como placas, parafusos ou fios. Visa restaurar o alinhamento ósseo, promover a consolidação e preservar a função da mão.
- **Lesões ligamentares crônicas da mão - reparação cirúrgica (3.07.22.47-0)** - Porte 11B: Procedimento cirúrgico indicado para reparar lesões ligamentares crônicas da mão, com o objetivo de restaurar a estabilidade articular. Pode envolver reconstrução ligamentar com enxertos ou suturas diretas das estruturas comprometidas.
- **Microneurólise múltiplas (3.14.03.22-0)** - Porte 8B: Procedimento microcirúrgico que consiste na liberação de múltiplos nervos periféricos comprimidos ou aderidos, por meio de dissecação delicada sob ampliação óptica. Indicado para alívio de dor neuropática e melhora da função neurológica.
- **Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso (7.07.22.53-5)** - Porte 9C: Procedimento cirúrgico para estabilização de fraturas em falanges ou ossos metacarpianos utilizando miniparafusos. Permite fixação precisa dos fragmentos ósseos, promovendo alinhamento adequado e recuperação funcional.
- **Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico (3.07.20.13-3)** - Porte 11B: Procedimento cirúrgico indicado para tratar pseudartroses (falhas de consolidação óssea) ou corrigir deformidades ósseas por meio de osteotomias. Envolve ressecção, realinhamento e fixação dos segmentos com enxertos e/ou materiais de síntese.
- **Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos (3.07.31.14-3)** - Porte 10A: Procedimento cirúrgico de sutura dos tendões flexores lesionados no interior dos túneis osteofibrosos de mais de dois dedos da mão. Visa restaurar a continuidade e função tendínea, com preservação da anatomia dos canais digitais
- **Túnel do carpo - descompressão (3.07.37.07-9)** - Porte 11C: Procedimento cirúrgico para descompressão do nervo mediano no punho, por meio da abertura do ligamento transversal do carpo. Indicado no tratamento da síndrome do túnel do carpo com sintomas refratários.

QUADRIL

- **Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico (3.07.24.05-8)** – Porte 11C: Procedimento cirúrgico que substitui total ou parcialmente a articulação do quadril por prótese, indicado em casos de artrose, fraturas ou outras doenças articulares graves. Pode ser realizado por diferentes técnicas, como via posterior ou anterior.
- **Condroplastia com sutura labral (3.07.38.05-9)** – Porte 11B: Procedimento artroscópico do quadril que associa a regularização de lesões na cartilagem (condroplastia) com a reparação do lábio acetabular por meio de suturas. Indicado para preservar a articulação e melhorar a função.
- **Tenotomia (3.07.31.20-8)** – **Porte 5B:** Procedimento cirúrgico que consiste na seção total ou parcial de um tendão, com objetivo de aliviar tensão, dor ou corrigir deformidades musculoesqueléticas. Pode ser realizado de forma aberta ou percutânea.
- **Tratamento do impacto femoro-acetabular (3.07.38.04-0)** – Porte 12B: Procedimento cirúrgico, geralmente por via artroscópica, para corrigir deformidades ósseas no fêmur e/ou acetábulo que causam impacto na articulação do quadril. Visa restaurar a anatomia, aliviar a dor e prevenir artrose.

CIRURGIA DO JOELHO - SBCJ

- **Artrodese de joelho - tratamento cirúrgico (3.07.26.02-6)** – Porte 8A: Procedimento cirúrgico que promove a fusão permanente da articulação do joelho, indicado em casos de dor intratável, infecções crônicas ou falhas de próteses. Elimina o movimento articular para garantir estabilidade e alívio da dor.
- **Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico (3.07.26.03-4)** — Porte 10B: Procedimento cirúrgico que substitui totalmente a articulação do joelho por implantes protéticos, indicado em casos de artrose avançada ou deformidades severas. Objetiva aliviar a dor, restaurar o alinhamento e recuperar a mobilidade articular.
- **Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico (3.07.26.10-7)** - Porte 7B: Procedimento cirúrgico indicado para tratar fraturas ou luxações da patela, com realinhamento e fixação óssea por fios, parafusos ou placas. Visa restaurar a congruência articular, estabilidade e função do joelho.
- **Menissectomia – um menisco (3.07.33.05-7)** — Porte 8C: Remoção parcial ou total de menisco lesionado por artroscopia. Indicado para aliviar dor, melhorar a função e prevenir danos articulares progressivos.
- **Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico (3.07.26.22-0)** — Porte 8B: Procedimento cirúrgico que consiste em realizar cortes ósseos (osteotomias) ao nível do joelho, geralmente no fêmur distal ou na tíbia proximal, para corrigir desalinhamentos. Indicado para aliviar a sobrecarga em compartimentos articulares e retardar a progressão da artrose.
- **Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior (3.07.33.07-3)** – Porte 10C: Procedimento cirúrgico para reconstrução, retensionamento ou reforço dos ligamentos cruzados anterior ou posterior do joelho, geralmente com enxerto autólogo ou sintético. Visa restaurar a estabilidade articular e a função do joelho após lesões ligamentares.
- **Sinovectomia total (3.07.33.01-4)** - Porte 9C: Procedimento cirúrgico que consiste na remoção completa da membrana sinovial inflamada ou patológica de uma articulação. Indicado em casos de sinovites crônicas, como na artrite reumatoide, para aliviar dor e prevenir deterioração articular.
- **Tenoplastia de tendão em outras regiões (3.07.31.12-7)** - Porte 4C: Procedimento cirúrgico que visa reparar, alongar ou reforçar tendões em regiões extra-articulares, exceto mão e punho. É indicado em casos de lesões, encurtamentos ou aderências, com o objetivo de restaurar a função muscular e a mobilidade.
- **Transposição muscular (3.07.30.15-5)** — Porte 4C: Procedimento cirúrgico que reposiciona um músculo ou seu tendão para restaurar função motora perdida, geralmente por lesão nervosa ou muscular.
- **Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico (3.07.31.21-6)** - Porte 6A: Procedimento cirúrgico que envolve a transferência de dois ou mais tendões para novas inserções, com o objetivo de restaurar funções motoras comprometidas por lesões neuromusculares.

CIRURGIA DO PÉ - ABTPÉ

- **Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico (3.07.29.04-1)** — Porte 10C: Procedimento cirúrgico que realiza a fusão definitiva das articulações do tarso e/ou médio pé, indicado para tratar dor crônica, instabilidade ou deformidades severas. Proporciona alívio dos sintomas e melhora da função, com perda do movimento articular local.
- **Artroplastia de tornozelo (com implante) - tratamento cirúrgico (3.07.28.05-3)** — Porte 13C: Procedimento cirúrgico que substitui a articulação do tornozelo por um implante protético, indicado em casos de artrose grave e dor persistente. Visa restaurar a mobilidade, corrigir deformidades e aliviar sintomas articulares.
- **Capsulotomia (3.07.35.10-6)** — Porte 10C: Procedimento cirúrgico que consiste na abertura da cápsula articular para aliviar contraturas, permitir mobilidade ou acesso intra-articular. É indicado em casos de rigidez articular, sinovite crônicas ou como etapa de outras cirurgias ortopédicas.
- **Fasciotomia ou ressecção de fascia plantar - tratamento cirúrgico (3.07.29.12-2)** — Porte 7B: Procedimento cirúrgico que consiste na abertura (fasciotomia) ou remoção parcial da fáscia plantar, geralmente indicado para tratar fascíte plantar crônica ou síndrome compartimental. Visa aliviar a tensão e reduzir a dor na planta do pé.
- **Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico (3.07.29.20-3)** — Porte 8A: Procedimento cirúrgico indicado para corrigir deformidades ósseas ou tratar falhas de consolidação (pseudartroses) nos metatarsos ou falanges. Envolve corte, realinhamento e fixação dos ossos com materiais como parafusos ou placas.
- **Redução cirúrgica da luxação do antepé (3.07.29.17-3)** — Porte 7A: Procedimento cirúrgico realizado para reposicionar corretamente as articulações deslocadas do antepé, como metatarsofalângicas ou interfalângicas. Pode incluir fixação com pinos, parafusos ou suturas para estabilização e prevenção de recorrência.
- **Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico (3.07.29.24-6)** — Porte 7C: Procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total de um osso do pé, geralmente indicado em casos de tumores, deformidades, infecções ou necrose. Visa aliviar sintomas, corrigir alterações estruturais e preservar a função do membro.
- **Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo (3.07.28.12-6)** — Porte 8A: Procedimento cirúrgico para estabilização de fratura de um dos maléolos (medial ou lateral) e/ou correção de luxações no tornozelo. Envolve redução da fratura e fixação com parafusos ou placas para restaurar a anatomia e função articular.
- **Tratamento cirúrgico da fratura de um metatarso (3.07.29.37-8)** — Porte 7C: Procedimento cirúrgico para estabilização de fratura em um dos ossos metatarsais, utilizando fixação com parafusos, placas ou pinos. Tem como objetivo restaurar o alinhamento ósseo, permitir a consolidação e recuperar a função do pé.

TRAUMA ORTOPÉDICO - SBTO

- **Artroplastia da cabeça do rádio (3.07.19.14-3)** - Porte 9C: Procedimento cirúrgico que substitui a cabeça do rádio por uma prótese, indicado em casos de fraturas cominutivas irreparáveis ou sequelas funcionais. Visa restaurar a estabilidade do cotovelo e a amplitude de movimento do antebraço.
- **Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo (3.07.19.17-8)** - Porte 13A: Procedimento cirúrgico que utiliza fixador externo dinâmico para estabilizar fraturas, deformidades ou alongamentos ósseos de forma definitiva. Permite ajustes progressivos, controle da carga e facilita o acesso a partes moles durante a recuperação.
- **Fixação externa na urgência, com fixador externo (3.07.20.17-6)** - Porte 9A: Procedimento cirúrgico emergencial que utiliza fixador externo para estabilizar fraturas complexas ou expostas, controlar hemorragias e proteger tecidos moles. Serve como medida temporária até o tratamento definitivo.
- **Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico (3.07.18.05-8)** - Porte 8C: Procedimento cirúrgico para correção de fraturas, incluindo casos com descolamento epifisário, com redução e fixação interna por placas, parafusos ou hastes. Objetiva alinhar os fragmentos ósseos, preservar o crescimento (em crianças) e restaurar a função do osso afetado.
- **Fratura e/ou fratura luxação em 3 partes (3.07.17.27-2)** - Porte 11A: Procedimento cirúrgico para correção de fratura ou fratura-luxação em três partes do úmero proximal, geralmente envolvendo cabeça, tubérculo maior e diáfise. Envolve redução anatômica e fixação interna para restaurar a função do ombro.
- **Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico (3.07.24.18-0)** - Porte 9C: Procedimento cirúrgico para correção de fratura, luxação e/ou avulsão da articulação coxo-femoral, com redução anatômica e fixação interna. Objetiva restaurar a estabilidade e a congruência do quadril, promovendo função adequada e alívio da dor.
- **Fraturas e/ou luxações do punho - tratamento cirúrgico (3.07.20.17-6)** - Porte 11B: Procedimento cirúrgico para correção de fraturas e/ou luxações do punho, com redução dos fragmentos ósseos e fixação interna por placas, parafusos ou fios. Visa restaurar a anatomia, estabilidade articular e função do membro.
- **Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem única) (3.07.24.15-5)** - Porte 10C: Procedimento cirúrgico para correção de fratura do acetábulo utilizando uma única via de acesso, anterior ou posterior. Envolve redução anatômica e fixação interna com placas e parafusos, visando restaurar a congruência da articulação do quadril.
- **Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna (3.07.25.25-9)** - Porte 10C: Procedimento cirúrgico para estabilização de fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur por meio de fixação interna com hastes, placas ou parafusos. Visa restaurar o alinhamento ósseo, permitir a consolidação e recuperar a função do membro.

ONCOLOGIA ORTOPÉDICA - ABOO

- **Biópsia óssea por agulha (3.07.31.28-3)** – Porte 8A: Procedimento minimamente invasivo em que uma agulha é utilizada para coletar amostra de tecido ósseo, geralmente guiado por imagem. Indicado para diagnóstico de lesões ósseas suspeitas, como tumores ou infecções.
- **Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo (3.07.32.16-6)** - Porte 13C: Procedimento cirúrgico para tratamento de tumor ósseo, envolvendo curetagem ou ressecção em bloco da lesão seguida de preenchimento com haloenxerto (enxerto ósseo doado). Objetiva remover o tumor e restaurar a integridade estrutural do osso.
- **Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância (3.01.01.54-9)** - Porte 9B: Procedimento cirúrgico que envolve a remoção (exérese) de extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores, seguida da reconstrução com retalhos cutâneos retirados de áreas à distância. Visa cobrir o defeito, preservar a função e melhorar o resultado estético.
- **Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese (3.07.32.03-4)** - Porte 9A: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de lesão óssea seguida de preenchimento do defeito com cimento ortopédico e fixação com osteossíntese (parafusos, placas ou hastes). Indicado para tumores benignos agressivos ou lesões com risco de fratura.
- **Ressecção de tumor de partes moles maligno (3.07.32.20-4)** - Porte 13C: Procedimento cirúrgico para remoção completa de tumor maligno de partes moles, com margens de segurança para reduzir o risco de recidiva local. Pode envolver ressecções ampliadas e reconstruções, conforme a localização e o tipo tumoral.
- **Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado (3.07.32.23-9)** - Porte 13C: Procedimento cirúrgico de revisão que utiliza autoenxerto ósseo vascularizado, geralmente retirado do próprio paciente com seu suprimento sanguíneo preservado. Indicado para falhas de consolidação, necrose óssea ou reconstruções complexas, favorecendo a integração e cicatrização.
- **Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional (3.07.32.26-3)** - Porte 13C: Procedimento cirúrgico para revisão de endoprótese não convencional, geralmente utilizada em reconstruções oncológicas ou ortopédicas complexas. Envolve substituição parcial ou total da prótese devido a falha mecânica, infecção ou afrouxamento, visando restaurar a função e estabilidade.
- **Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular (3.07.32.28-0)** - Porte 13C: Procedimento cirúrgico para tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular, envolvendo nova ressecção da lesão com margens ampliadas. Pode incluir reconstruções complexas com enxertos, próteses ou retalhos, visando controle oncológico e preservação funcional.
- **Tumor ósseo (ressecção segmentar) (3.07.32.12-3)** - Porte 12C: Procedimento cirúrgico que consiste na remoção de um segmento ósseo acometido por tumor, preservando as margens de segurança oncológica. Pode ser seguido de reconstrução com enxerto ósseo, endoprótese ou outro método de substituição estrutural.

- **Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico (3.07.25.02-0)** — Porte 10A: Procedimento cirúrgico realizado para promover o alongamento gradual do fêmur, geralmente com o uso de fixador externo ou haste intramedular motorizada. Indicado para correção de discrepâncias de membros inferiores ou distúrbios de crescimento ósseo.
- **Condroplastia com sutura labral (3.07.38.05-9)** — Porte 11B: Procedimento artroscópico realizado no quadril ou ombro, combinando a regularização de áreas danificadas da cartilagem (condroplastia) com a sutura do lábio articular (labrum). Visa aliviar sintomas, preservar a articulação e melhorar a estabilidade e mobilidade.
- **Correção de deformidades nos membros com utilização de implantes (3.01.01.16-6)** — Porte 9B: Procedimento cirúrgico realizado para corrigir deformidades ósseas nos membros, utilizando implantes como placas, hastes ou parafusos. Visa restabelecer o alinhamento anatômico, melhorar a função e prevenir complicações futuras.
- **Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo (3.07.25.25-9)** — Porte 9B: Procedimento cirúrgico que consiste na retirada de enxerto ósseo do próprio paciente (autólogo), geralmente de áreas como pelve, tíbia ou fíbula. O enxerto é utilizado para promover consolidação óssea em fraturas, pseudartroses ou reconstruções ósseas.
- **Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico (3.07.24.19-8)** — Porte 11C: Procedimento cirúrgico indicado para correção da luxação congênita do quadril, envolvendo a redução da cabeça femoral na cavidade acetabular e osteotomias do fêmur e/ou pelve. Objetiva restaurar a anatomia e função da articulação, prevenindo sequelas futuras.
- **Manipulação articular sob anestesia geral (3.07.13.06-4)** — Porte 8A: Procedimento realizado sob anestesia geral para mobilizar articulações rígidas ou com limitação de movimento, geralmente após cirurgias ou processos inflamatórios. Visa romper aderências e restaurar a amplitude de movimento articular.
- **Osteocondroplastia (3.07.35.16-5)** — Porte 10A: Procedimento cirúrgico, geralmente por artroscopia, que consiste na remodelação de proeminências ósseas e cartilaginosas, como no impacto femoroacetabular. Visa restaurar a anatomia articular, reduzir a dor e prevenir degenerações futuras.
- **Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico (3.07.29.22-0)** — Porte 11A: Procedimento cirúrgico indicado para correção de deformidades como pé plano, pé cavo ou coalisão tarsal, envolvendo osteotomias, ressecções ou fusões articulares. Visa restaurar o alinhamento, aliviar a dor e melhorar a função do pé.

RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO – ASAMI

- **Alongamento com fixador dinâmico - tratamento cirúrgico (3.07.27.02-2)** – Porte 8A: Procedimento cirúrgico indicado para alongamento ósseo gradual utilizando fixador externo dinâmico, que permite ajustes progressivos durante o crescimento ósseo. É utilizado no tratamento de discrepâncias de membros ou deformidades esqueléticas complexas.
- **Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa (3.07.25.21-6)** – Porte 12A: Procedimento cirúrgico para alongamento ou transporte ósseo utilizando dispositivo intramedular motorizado, podendo ser combinado com fixador externo. Indicado para correção de encurtamentos, falhas ósseas ou deformidades, promovendo regeneração óssea gradual.
- **Artrite ou osteoartrite dos ossos do pé (inclui osteomielite) - tratamento cirúrgico (3.07.29.03-3)** – Porte 8C: Procedimento cirúrgico indicado para casos avançados de artrite, osteoartrite ou osteomielite nos ossos do pé, visando remover tecido comprometido, corrigir deformidades e aliviar dor. Pode incluir desbridamento, artrodese ou ressecções ósseas, conforme a gravidade.
- **Neurólise das síndromes compressivas (3.14.0328-0)** – Porte 6C: Procedimento cirúrgico para liberação de nervos comprimidos em síndromes compressivas, como túnel do carpo ou síndrome do túnel cubital. Envolve a remoção de estruturas que causam pressão, aliviando sintomas como dor, formigamento e fraqueza.
- **Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico (3.07.27.15-4)** – Porte 6A: Procedimento cirúrgico indicado para tratar osteomielite nos ossos da perna, envolvendo a remoção de tecido ósseo infectado e desvitalizado (desbridamento). Pode incluir uso de antibióticos locais, enxertos ósseos e estabilização com fixadores.
- **Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico (3.07.26.23-9)** – Porte 7B: Procedimento cirúrgico indicado para corrigir desalinhamentos do aparelho extensor do joelho, como na luxação patelar ou mau rastreamento. Envolve técnicas como transposição da tuberosidade anterior da tíbia ou retensões/reparos ligamentares.
- **Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não (3.07.10.08-1)** – Porte 5A: Procedimento cirúrgico para remoção de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não, utilizadas previamente na fixação de fraturas. Realizado após consolidação óssea ou em casos de complicações, como dor, infecção ou falha do implante.

ATUAÇÃO EM DOR - ABDOR

- **Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local (3.16.02.09-6)** – Porte 3C: Procedimento minimamente invasivo que consiste na injeção de anestésico local no gânglio estrelado, localizado na região cervical. Indicado para tratar dor crônica, síndrome de dor regional complexa e distúrbios vasculares ou simpáticos do membro superior.
- **Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal (2.01.03.14-0)** – Porte 4A: Procedimento terapêutico que consiste na aplicação de fenol, álcool ou toxina botulínica em nervos ou músculos de um segmento corporal, com o objetivo de reduzir espasticidade, dor ou hiperatividade neuromuscular. Indicado em paralisia cerebral, distonias e síndromes dolorosas.
- **Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo (3.16.02.15-0)** – Porte 6B: Procedimento realizado para controle de dor crônica intensa, em que se injeta agente neurolítico (como álcool ou fenol) no espaço peridural ou subaracnóideo. Promove destruição seletiva de fibras nervosas, reduzindo a transmissão de estímulos dolorosos.
- **Bloqueio simpático por via venosa (3.16.02.17-7)** – Porte 3A: Procedimento terapêutico que consiste na infusão intravenosa de medicamentos com efeito simpaticolítico para promover bloqueio do sistema nervoso simpático. Indicado no tratamento de dores crônicas, vasculopatias e síndromes de dor regional complexa.
- **Denervação percutânea de faceta articular - por segmento (3.14.03.03-4)** – Porte 9C: Procedimento mínimamente invasivo que consiste na interrupção dos nervos responsáveis pela dor facetária, geralmente por radiofrequência ou agente químico. Realizado por segmento vertebral, é indicado em casos de dor lombar ou cervical crônica de origem facetária.
- **Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo) (2.01.03.30-1)** – Porte 3A: Procedimento terapêutico realizado para aliviar dor miofascial, envolvendo a aplicação de medicação (infiltração) ou uso de agulhas secas (agulhamento) diretamente em pontos gatilho de um músculo. Promove relaxamento muscular e melhora da função local.
- **Neurectomia pré-sacral ou do nervo gêneo-femoral (3.13.07.10-8)** – Porte 8B: Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção do nervo gêneo-femoral ou das fibras nervosas pré-sacrais, visando o alívio de dores pélvicas crônicas ou refratárias. É indicado em casos selecionados, especialmente quando outras abordagens falharam.
- **Rizotomia percutânea por segmento - qualquer método (3.14.03.33-6)** – Porte 10C: Procedimento minimamente invasivo que promove a interrupção seletiva das raízes nervosas (rizotomia) por meio de técnicas como radiofrequência, ablação química ou térmica. Realizado por segmento, é indicado para tratamento da dor crônica refratária, especialmente em coluna vertebral.
- **Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles - acompanhamento 1ª aplicação (3.07.30.12-0)** – Porte 8A: Procedimento não invasivo que utiliza ondas de choque extracorpóreas para tratar lesões em partes moles, como tendinites e fascíte plantar. A 1ª aplicação é acompanhada para ajustar parâmetros e avaliar a resposta inicial do paciente.

III - INSTRUÇÕES GERAIS DE UTILIZAÇÃO DO MANUAL DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1. Este manual foi desenvolvido para o médico cirurgião ter ao seu alcance a codificação necessária para seus procedimentos, exames e consultas;
2. Este manual tem como objetivo amparar tecnicamente não somente os especialistas em cirurgia de ortopedia e traumatologia, mas os nossos colegas médicos auditores;
3. Separado por áreas de atuação, o que facilita a sua procura. Clique nos índices com links interativos para facilitar sua navegação e, para retornar ao índice geral, clique no logotipo da SBOT, localizado no canto inferior de cada página;
4. Apresentamos sugestões de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), preconizados em conformidade com os departamentos e capítulos da SBOT;
5. Os códigos apresentados inicialmente são para afecções específicas de maior uso pela nossa especialidade. São exemplos de codificação, não sendo, necessariamente, únicos, podendo ter mais de um código por procedimento, conforme o que se pretende no procedimento;
6. Orientamos, sempre, que se coloque apenas os códigos aqui descritos para o procedimento que se propõem, e que apropriadamente descreva em seu relatório cirúrgico todas as etapas/códigos executados;
7. As justificativas para o uso, bem como o código no referencial CBHPM – Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (conduzida pela Associação Médica Brasileira), estão juntas para que o médico tenha acesso rápido ao porte por procedimento, caso seja demandado pela auditoria médica;
8. A proposta de codificação deste manual se aplica a patologias de Ortopedia e Traumatologia, malignas ou benignas, relacionadas ao código internacional de doenças (CID) vinculado a cada procedimento.
9. Ao final do manual, contamos com os pareceres enviados à SBOT e confeccionados pela Defesa Profissional. Dúvidas comuns dos colegas que podem servir e ajudar na escolha do código a ser usado pelo cirurgião;
10. Ainda em caso de dúvida ou negativa das Operadoras, o associado da SBOT poderá enviar e-mail para: dvp@sbot.org.br para que seja avaliado pelo Comitê de Defesa Profissional da SBOT

A **consulta em cirurgia ortopédica e traumatologia** é um ato clínico realizado por médico especialista, voltado à **avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento** de pacientes com **doenças, disfunções ou lesões do sistema musculoesquelético** — que inclui ossos, articulações, ligamentos, tendões, músculos e nervos periféricos.

V - DEFINIÇÃO DE CIRURGIA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

A cirurgia em Ortopedia e Traumatologia compreende o conjunto de procedimentos operatórios indicados para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de lesões, deformidades, disfunções ou doenças do sistema musculoesquelético, incluindo ossos, articulações, músculos, ligamentos e tendões. Essas intervenções podem ter finalidade curativa, reparadora ou reconstrutiva, abrangendo desde fraturas agudas até patologias degenerativas, congênitas ou inflamatórias.

As cirurgias podem ser realizadas por via aberta ou minimamente invasiva (como a artroscopia), e envolvem técnicas específicas para fixação óssea, substituição articular (próteses), correções anatômicas, retirada de lesões, reconstruções ligamentares, entre outras. Devem ser conduzidas por profissional com formação especializada em Ortopedia e Traumatologia, conforme normativas dos conselhos profissionais e diretrizes técnico-científicas.

VI - CONFORMIDADE DOS MANUAIS DE CODIFICAÇÃO MÉDICA COM OS PRECEITOS CONSTITUCIONAIS E A LEGISLAÇÃO ANTITRUSTE

1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os manuais de codificação médica elaborados pelas sociedades de especialidade, a exemplo do Manual de Diretrizes de Codificação em Ortopedia e Traumatologia da SBOT, encontram-se em absoluta conformidade com os preceitos constitucionais e a legislação antitruste brasileira, não configurando, em hipótese alguma, prática restritiva da concorrência, formação de cartel ou abuso de poder econômico, conforme demonstrado a seguir.

2. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

2.1. Livre Exercício Profissional e Autonomia Técnica

O artigo 5º, inciso XIII, da Constituição Federal assegura que "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer". Esta garantia constitucional confere aos profissionais médicos o direito inalienável de exercer sua profissão com autonomia técnica, incluindo a prerrogativa de estabelecer parâmetros técnicos para a adequada remuneração de seus serviços especializados.

2.2. Competência Técnica das Sociedades de Especialidade

A Lei nº 3.268/57, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e a Resolução CFM nº 1.673/2003, que reconhece a CBHPM como referência ética mínima, conferem às sociedades de especialidade, em conjunto com a AMB, competência exclusiva para interpretar códigos médicos e estabelecer diretrizes técnicas. O item 7.2 das Instruções Gerais da CBHPM expressamente delega esta prerrogativa às sociedades especializadas, criando um marco regulatório específico que afasta qualquer caracterização de prática anticompetitiva.

3. PRECEDENTES ADMINISTRATIVOS E JURISPRUDENCIAIS

3.1. Posicionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar

O Despacho nº 66/2017/GERAR/DIRAD-DIDES/DIDES da ANS estabeleceu que "não há 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 lista de codificação e referenciais de honorários". Este posicionamento oficial reconhece a legitimidade dos manuais de codificação como instrumentos técnicos de padronização, não como mecanismos de fixação de preços.

3.2. Deliberação da Câmara de Saúde Suplementar

A reunião da ANS de 28/06/2018 na Câmara da Saúde Suplementar (CAMSS), com representantes do CADE, concluiu ser "admissível o uso de tabelas médicas, desde que não exista coerção, boicote, valor mínimo ou imposição". Esta deliberação estabelece critérios objetivos que são integralmente observados pelos manuais de codificação, que possuem caráter meramente referencial e orientativo técnicos.

3.3. Validação pelo Conselho Federal de Medicina

O Ofício nº 4857/2016 do CFM/COJUR expressamente validou manual de codificação de especialidade médica, afirmando que "sob a ótica jurídica e ética não vislumbraram qualquer impedimento de utilização do referido manual, desde que garantido seu caráter referencial". Este precedente consolida o entendimento de que manuais referenciais não configuram prática restritiva.

4. DISTINÇÃO ENTRE CODIFICAÇÃO TÉCNICA E FIXAÇÃO DE PREÇOS

4.1. Natureza Técnica dos Manuais

Os manuais de codificação limitam-se a estabelecer sequências técnicas de procedimentos médicos baseadas em evidências científicas, protocolos clínicos e complexidade operacional. Não fixam valores monetários, não estabelecem preços mínimos ou máximos, e não criam obrigatoriedade de utilização. Sua função é exclusivamente técnica e educativa, visando padronizar a descrição de procedimentos complexos. As listas de codificações inerentes a cada cirurgia representam na verdade um menu de opções possíveis, conferindo ao médico solicitante a liberdade

de escolher quais os códigos da lista ele executará por ocasião de sua cirurgia.

4.2. Ausência de Poder de Mercado

As sociedades de especialidade não possuem poder de mercado capaz de influenciar preços ou restringir concorrência. São entidades científicas sem fins lucrativos, cujos associados representam parcela do universo de profissionais da especialidade, mantendo-se a livre concorrência entre médicos e a autonomia das operadoras de saúde para negociar condições contratuais.

5. CONFORMIDADE COM A LEI Nº 12.529/2011

5.1. Inexistência de Infração à Ordem Econômica

O artigo 36 da Lei nº 12.529/2011 tipifica como infração à ordem econômica acordos que tenham por objeto ou efeito "fixar ou praticar preços e condições de venda". Os manuais de codificação não se enquadram nesta tipificação, pois: (i) não fixam preços; (ii) não estabelecem condições de venda; (iii) não criam obrigatoriedade; (iv) mantêm o caráter referencial; e (v) preservam a liberdade de negociação entre as partes.

5.2. Análise da Regra da Razão

Mesmo sob a análise da regra da razão, os manuais de codificação demonstram efeitos pró-competitivos evidentes: (i) redução de assimetria informacional; (ii) diminuição de custos de transação; (iii) padronização técnica que facilita auditoria; (iv) transparência nos processos; e (v) melhoria da qualidade assistencial. Estes benefícios superam amplamente qualquer restrição teórica à concorrência.

6. PRECEDENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Portaria nº 421/2007 do Ministério da Saúde instituiu oficialmente a definição de codificação sequencial no SUS, reconhecendo sua legitimidade técnica e jurídica. Este precedente do órgão máximo da hierarquia sanitária brasileira consolida o entendimento de que a codificação sequencial é instrumento técnico legítimo, não configurando prática restritiva.

7. CONCLUSÃO

Os manuais de codificação médica elaborados pelas sociedades de especialidade constituem instrumentos técnicos legítimos, amparados por sólido arcabouço jurídico-regulatório, que não configuram, em qualquer hipótese, infração aos preceitos constitucionais ou à legislação antitruste. Sua natureza referencial, fundamentação técnico-científica, ausência de fixação de preços, preservação da liberdade de negociação e efeitos pró-competitivos demonstram integral conformidade com a ordem jurídica brasileira.

A eventual interpretação de que tais manuais configurariam prática restritiva careceria de fundamento legal, técnico e fático, contrariando precedentes administrativos consolidados, posicionamentos oficiais dos órgãos reguladores e a própria natureza científica e educativa destes instrumentos. Portanto, as sociedades de especialidade podem elaborar e divulgar seus manuais de codificação com plena segurança jurídica, cumprindo sua missão institucional de orientação técnica e defesa da qualidade assistencial, sem qualquer risco de caracterização de infração à ordem econômica.

VII - DEFINIÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO CFM

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução no 1451/1995, define:

- **URGÊNCIA:** como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”
- **EMERGÊNCIA** como “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Lembrando que atos médicos (consultas, procedimentos, cirurgias) praticados em caráter de urgência ou emergência terão acréscimo de 30% no valor final (Item 2, Instruções Gerais da CBHPM):

- a. No período compreendido entre 19h a 7h do dia seguinte;
- b. Em qualquer horário de sábados, domingos e feriados;
- c. Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

VIII - DEFINIÇÃO DE CODIFICAÇÃO SEQUENCIAL CBHPM

Dr. Wuilker Knoner Campos

Médico Consultor em Codificação Médica

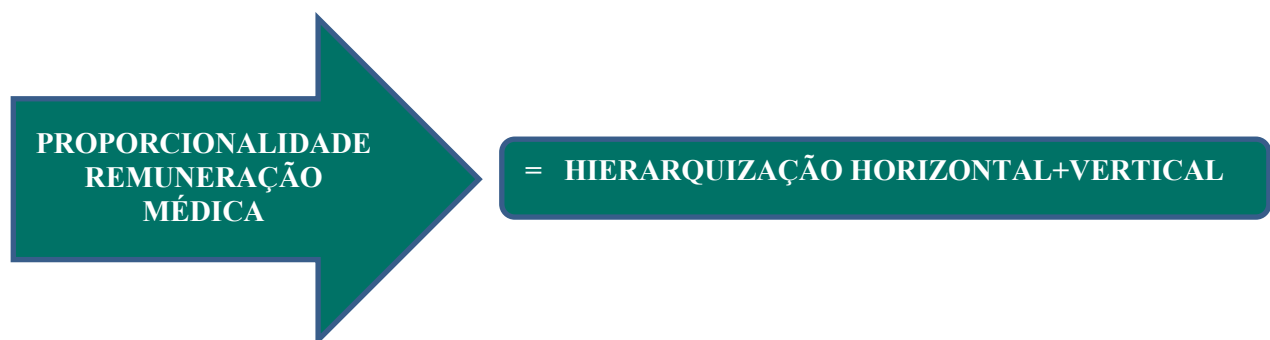
A CBHPM é um sistema de classificação realizada pela AMB e pela FIPE que teve como intuito hierarquizar, ordenar os procedimentos médicos de maneira que mesmo quem não é da área saiba avaliar quais procedimentos são mais complexos (exigem uma maior habilidade e capacitação do médico, qual o tempo de execução, graus de exposição, riscos para o paciente e riscos jurídicos para os médicos, etc.) dos menos complexos se pautando sempre pelos protocolos reconhecidos nacionalmente e internacionalmente (**HIERARQUIZAÇÃO HORIZONTAL**). Mas este tipo de hierarquização por si só, não alcança o objetivo de dar a proporcionalidade que cada ato médico/cirurgia requer. Ele isoladamente define a complexidade de cada ato médico/cirurgia, mas não contempla hierarquicamente a complexidade dos somatórios desses passos que definem um ato médico/cirurgia.

O termo “codificação” define uma metodologia de estratificação de códigos de procedimentos cirúrgicos sequenciais, onde o código principal de uma determinada cirurgia (tempo cirúrgico principal ou objetivo cirúrgico) é seguido por códigos sequenciais e adjuvantes necessários para a execução desta cirurgia, estruturando, assim, o arquétipo de complexidade e passo-a-passo de cada cirurgia conforme suas particularidades (**HIERARQUIZAÇÃO VERTICAL**). Normalmente estes códigos sequenciais estão relacionados aos procedimentos de acesso e/ou fechamento deste procedimento principal. Entretanto, pode ser também um tempo complementar ao tempo principal, sem necessariamente ser parte do acesso ou fechamento da cirurgia.

Segundo a **Portaria do Ministério da Saúde nº 421/2007**, procedimento sequencial no âmbito do SUS é definido da seguinte maneira:

“São atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementariedade, realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicadas a órgão único ou região anatômica única ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos à mesma doença, executados através de uma ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico”.

Estes códigos de procedimentos são extraídos de referenciais já existentes, consagrados e admitidos pelas entidades médicas para o uso junto às fontes pagadoras, como a CBHPM, TUSS, SUS, etc., e, portanto, apresentam a mesma legitimidade e legalidade destas Matrizes Referenciais. O resultado desta estratificação cirúrgica em etapas, traduzida em códigos de procedimentos sequenciais, é a diferenciação lógica de duas ou mais cirurgias que levam o mesmo nome, porém apresentam tempos e riscos agregados diferentes.



1 – PATOLOGIAS DA COLUNA VERTEBRAL

Nome do Procedimento	1.1 — CONSULTA GERAL DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta médica geral em consultório acrescido de avaliação especializada da coluna para avaliar afecções da coluna vertebral. Envolve o tratamento conservador das patologias da coluna vertebral como dor, doenças degenerativas, deformidades, tumores, infecções, 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Densitometria Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Semanal ou Quinzenal - Depende do diagnóstico	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.2 — CONSULTA: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Mobilidade restrita	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
3.07.15.12-1	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Hospitalar diário e pós alta hospitalar quinzenal por 3 meses.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.3 — CONSULTA DE RETORNO POS-OPERATÓRIO + CURATIVO	
Descrição do procedimento	Consulta com retirada de pontos e curativo final; curativo por complicação superficial de ferida operatória.	
CIDs do Procedimento	T81.3 Y83.1 Z48.0 Z48.8 Z48.9 Z54.0 Z98.1	
Indicação	Paciente em pós-operatório	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Não há	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT CURATIVO	01
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	30 dias (para avaliar cicatrização)	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	Se não houver deiscência de sutura ou infecção, paciente segue normalmente. Se houver deiscência de sutura ou infecção realizar curativos seriados, prescrição de antibiótico terapia e avaliar necessidade de reabordagem cirúrgica	

Nome do Procedimento	1.4 — 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	Dor na coluna e/ou investigação diagnóstica	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Não há	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento do especialista em cirurgia da coluna	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.5 — 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 de coluna realiza infiltração do ponto em gatilho 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	Controle de crise de dor na coluna sem alívio com uso de medicações venosas	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados	1A
Materiais de Apoio	Descrição	Quantidade
	SERINGA 10ml	01
	AGULHA	02
	LIDOCAÍNA SEM VASO	01
	CORTICÓIDE	01
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.6 — 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	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2B
3.07.15.12-1	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta	5B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	Sobre a resolubilidade: De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	

Nome do Procedimento	1.7 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA I (PATOLOGIAS NÃO TRAUMÁTICAS DA COLUNA)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna, solicitada por outra especialidade na emergência para avaliar afecções urgências de coluna. O cirurgião 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 M50.2 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 S34.5 T91.1	
Indicação	Pacientes com patologias de coluna não traumáticas	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto socorro	2C
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento do especialista em cirurgia da coluna	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.8 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA II (PATOLOGIA NÃO TRAUMÁTICA) + INFILTRAÇÃO COLUNA NA EMERGÊNCIA	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna solicitada por outra especialidade na emergência. O cirurgião realiza infiltração de ponto em gatilho 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 M50.2 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 S34.5 T91.1	
Indicação	Crise de dor de coluna	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Alergia aos medicamentos infiltrados	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto socorro	2C
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados	1A
Materiais de Apoio	Descrição	Quantidade
	SERINGA 10ml	01
	AGULHA	02
	LIDOCAÍNA SEM VASO	01
	CORTICÓIDE	01
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	1.9 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA III (PATOLOGIAS TRAUMÁTICAS/TRM DA COLUNA VERTEBRAL)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para avaliar trauma de coluna solicitada por outra especialidade na emergência. O cirurgião 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	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto socorro	2C
3.07.15.12-1	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta	5B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	Sobre a resolubilidade: De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	

Nome do Procedimento	1.10 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA IV (TRM CERVICAL) + TRAÇÃO CERVICAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para avaliar trauma da coluna cervical solicitada por outra especialidade na emergência. O cirurgião 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	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto socorro	2C
3.07.15.12-1	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano	3A
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta	5B
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética	8B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Baixa	
Seguimento	Diário enquanto paciente estiver internado	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	Alta Morbidade	

Nome do Procedimento	1.11 — 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
<i>1.01.01.01-2</i>	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
<i>2.01.01.35-0</i>	Programação de dispositivos neurofuncionais	4A
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Periódico conforme necessidade de ajustes na programação do neuroestimulador ou bomba	
☒ Rastreabilidade		
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 do Procedimento	1.12 — HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA LOMBAR SEM INSTABILIDADE TRATAMENTO CIRÚRGICO (VIA ABERTA OU TUBULAR)	
Descrição do procedimento	Cirurgia por via aberta ou percutânea tubular para discectomia (objetivo/tempo principal), podendo estar associada ou não a outras patologias da coluna vertebral concomitantes, que podem ser tratadas no mesmo tempo cirúrgico ou não, como por exemplo, estenose degenerativa ou congênita do canal e/ou foraminal vertebral). Nestes casos, haverá acréscimo destas etapas complementares pertinentes além do próprio código da hérnia de disco (tempo principal). O acesso cirúrgico poderá ou não envolver laminectomia/laminotomia, com o devido acréscimo desta etapa cirúrgica. Em caso de compressão e déficit neurológico, como nas síndromes do pé caído, cauda equina ou cone medular, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	M42.9 M46.3 M47.0 M47.1 M47.2 M47.8 M50.0 M50.1 M50.2 M50.3 M50.8 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M99.5 M99.7 S33.0	
Indicação	Hérnia discal lombar com compressão de estruturas nervosas causando déficit neurológico e/ou sintomas álgicos refratários ao tratamento conservador, sem instabilidade que demande artrodeose ou fixação cirúrgica.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento ¹	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ¹	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ²	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de hérnia de disco + código de descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-operatório deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (²) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.13 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA SEM INSTABILIDADE <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO (VIA COSTO-TRANSVERSECTOMIA)</i>	
Descrição do procedimento	Cirurgia por via aberta para discectomia (objetivo/tempo principal), podendo estar associada ou não a outras patologias da coluna vertebral concomitantes, que podem ser tratadas no mesmo tempo cirúrgico ou não, como por exemplo, estenose degenerativa ou congênita do canal e/ou foraminal vertebral). Nestes casos, haverá acréscimo destas etapas complementares pertinentes além do próprio código da hérnia de disco (tempo principal). O acesso cirúrgico é realizado por retirada de parte da costela e processo transversso (costo- transversectomia). Em caso de compressão medular e déficit motor de membros inferiores e/ou bexiga neurogênica, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	M42.9 M46.3 M47.0 M47.1 M47.2 M47.8 M50.0 M50.1 M50.2 M50.3 M50.8 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M99.5 M99.7 S33.0	
Indicação	Hérnia discal torácica com compressão de estruturas nervosas causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, sem instabilidade que demande artrodese ou fixação cirúrgica.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional)	8B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ¹	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ²	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de hérnia de disco + código de costectomia + código de descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-operatória deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(²) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.14 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA SEM INSTABILIDADE TRATAMENTO CIRÚRGICO (VIA TRANSTORÁCICA OU RETRO-PLEURAL)		
Descrição do procedimento	Cirurgia por via aberta transtorácica ou retro-pleural para discectomia (objetivo/tempo principal), podendo estar associada ou não a outras patologias da coluna vertebral concomitantes, que podem ser tratadas no mesmo tempo cirúrgico ou não, como por exemplo, estenose degenerativa ou congênita do canal e/ou foraminal vertebral). Nestes casos, haverá acréscimo destas etapas complementares pertinentes além do próprio código da hérnia de disco (tempo principal). O acesso cirúrgico é realizado por retirada de parte da costela e toracotomia. Em caso de compressão medular e déficit motor de membros inferiores e/ou bexiga neurogênica, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.		
CIDs do Procedimento	M42.9 M46.3 M47.0 M47.1 M47.2 M47.8 M50.0 M50.1 M50.2 M50.3 M50.8 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M99.5 M99.7 S33.0		
Indicação	Hérnia discal torácica com compressão de estruturas nervosas causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, sem instabilidade que demande artrodese ou fixação cirúrgica.		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso transtorácico ou retro- pleural.		
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico		10A
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional)		8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ¹		9C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico ²		8C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ³		10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴		11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HEMOSTÁTICO		01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)		02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)		02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)		01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³		01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴		01
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória		
Rastreabilidade			

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de hérnia de disco + código de costectomia + código de toracotomia + código de descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.

(²) Osteotomia em delta dos corpos vertebrais para abordagem do canal medular

(³) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁴) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.15 - ESTENOSE DE CANAL VERTEBRAL SEM INSTABILIDADE DESCOMPRESSÃO POSTERIOR (VIA ABERTA OU TUBULAR)	
Descrição do procedimento	Cirurgia de ampliação/descompressão do canal vertebral, por via aberta ou percutânea tubular, através de remoção microcirúrgica parcial ou total, de uma ou mais elementos vertebrais hipertrofiados (ligamento amarelo, ligamento longitudinal posterior, lâminas, osteófitos, facetas, cistos) nos casos de doenças degenerativas da coluna, ou ainda nos casos de estenose congênita do canal vertebral. O descolamento do saco dural de estruturas hipertrofiadas aderidas pode ser necessário e aumenta o risco de fistula líquórica transoperatória, principalmente em idosos. A laminectomia pode ser realizada ou não, a depender da técnica cirúrgica aplicada, como nos casos de flavectomia isolada. Em caso de compressão e déficit neurológico motor, caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	G95.2 M47.0 M48.0 M99.3-99.7	
Indicação	Estenose degenerativa ou congênita sintomática do canal vertebral e/ou dos forames com compressão de estruturas nervosas, sem instabilidade que demande artrodese ou fixação cirúrgica.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico ¹	8C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-operatório deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Em caso de osteotomia do processo espinhoso na técnica de Split do Processo Espinhoso.

(²) Em caso de fistula líquorica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquorica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.16 - CISTO FACETÁRIO SEM INSTABILIDADE - TRATAMENTO CIRÚRGICO (VIA ABERTA OU TUBULAR)	
Descrição do procedimento	Cirurgia por via aberta ou percutânea tubular para tratamento cirúrgico de cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) que pode ter localização intracanal/foraminal (objetivo/tempo principal), podendo estar associada ou não a outras patologias da coluna vertebral concomitantes, que podem ser tratadas no mesmo tempo cirúrgico ou não, como por exemplo, estenose degenerativa ou congênita do canal e/ou forame vertebral). Nestes casos, haverá necessidade de acréscimo destas etapas complementares pertinentes além do próprio código de cisto facetário (tempo principal). O acesso cirúrgico poderá ou não envolver laminectomia/laminotomia, com o devido acréscimo desta etapa cirúrgica. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	G95.2 M47.0 M48.0 M99.3-99.7	
Indicação	Cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) com compressão de estruturas nervosas causando déficit neurológico e/ou sintomas álgicos refratários ao tratamento conservador, sem instabilidade que demande artrodeose ou fixação cirúrgica.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ¹	12A
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) + código de descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código recomendado para utilização no tratamento de cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) (²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.17 - ARTRODESE DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR - VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da discopatia degenerativa, hérnia discal ou estenose do canal/foraminal de etiologia degenerativa, com ou sem instabilidade segmentar, por meio de artrodese com fixação/instrumentação pela via posterior, pósterio-lateral ou por costo-transversectomia, realizada por acesso aberto, minimamente invasivo ou percutâneo. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Doença degenerativa discal e/ou facetária toraco-lombar causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, com ou sem instabilidade segmentar da coluna pré-operatória ou com potencial instabilidade pós-operatória.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ²	8B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ⁴	12A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	CAGES INTERSSOMÁTICOS ^C	01-02/segmento
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^D	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos das artrodeses + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(²) Em caso de necessidade de abordagem por costo-transversectomia.

(³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(⁴) Código utilizado na vigência de cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa).

(⁵) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁶) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^C) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage)

(^D) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Nome do Procedimento	1.18 - ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR - VIA ANTERIOR OU LATERAL	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da discopatia degenerativa, hérnia discal ou estenose de canal/foraminal de etiologia degenerativa, com ou sem instabilidade segmentar, por meio de artrodeose intersomática pela via anterior ou lateral para acesso retroperitoneal e afastamento de estruturas vasculares ilíacas (se necessário), associado ou não à suplementação posterior para artrodeose por fixação/instrumentação, com acesso aberto, minimamente invasivo ou percutâneo.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Doença degenerativa discal e/ou facetária lombar causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, com ou sem instabilidade segmentar da coluna pré-operatória ou com potencial instabilidade pós-operatória.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso retroperitoneal por via anterior ou lateral	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ³	10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ⁴	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	CAGE ALIF OU LLIF COM SISTEMA DE TRAVAS	01/segmento
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO C	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos das artrodeses + código da hérnia de disco (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(³) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁴) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais.

(⁵) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^C) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose

Nome do Procedimento	1.19 - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA - VIA TRANSTORÁCICA OU RETRO- PLEURAL	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da discopatia degenerativa, hérnia discal ou estenose de canal/foraminal de etiologia degenerativa, com ou sem instabilidade segmentar, por meio de artrodese intersomática por via lateral, com toracotomia para acesso transtorácico ou retropleural e exploração/afastamento de estruturas vasculares quando necessário, para abordagem do nível doente, com interposição de dispositivos intersomáticos com ou sem placa/parafusos, associado ou não à suplementação posterior para artrodese por fixação/instrumentação, por acesso aberto, minimamente invasivo ou percutâneo. O acesso cirúrgico é realizado por retirada de parte da costela e toracotomia. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-825 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Doença degenerativa discal torácica causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, com ou sem instabilidade segmentar da coluna pré-operatória ou com potencial instabilidade pós-operatória.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso transtorácico ou retro-pleural.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional)	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ²	9C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico ³	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁴	9B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGE LLIF COM SISTEMA DE TRAVAS	01/segmento
	PLACA LATERAL DO SISTEMA LLIF + SEUS PARAFUSOS	01/segmento
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^C	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01

☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos das artrodeses + código da hérnia discal (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso. OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas. (²) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral. (³) Osteotomia em delta dos corpos vertebrais para abordagem do canal medular (⁴) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (⁵) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁶) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea (^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades. (^C) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose	

Nome do Procedimento	1.20 — ARTROPLASTIA DA COLUNA LOMBAR - VIA ANTERIOR OU LATERAL		
Descrição do procedimento	Correção cirúrgica da discopatia degenerativa, hérnia discal ou estenose de canal/foraminal lombar com artroplastia do disco intervertebral. Técnica por via anterior para acesso retroperitoneal e afastamento de estruturas vasculares ilíacas para abordagem do nível doente com interposição de disco artificial.		
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3		
Indicação	Doença degenerativa discal lombar entre L3 e S1 causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador.		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, idade >75 anos ou <18 anos, osteoporose ou osteopenia, instabilidade segmentar, espondilólise, espondilolistese acima de 3mm, alergia aos materiais implantáveis, espondilose servera (altura discal < 3mm, osteófitos em ponte, ausência de movimento segmentar em flexo-extensão, artropatia facetária severa), espondilite anquilosante, artrite reumatoide, fratura ou cirurgia prévia no segmento abordado, deformidade lombar, ossificação do ligamento longitudinal posterior, presença de doença neoplásica local, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso retroperitoneal por via anterior ou lateral		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.59-8	Artroplastia discal de coluna vertebral		12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico		10A
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ¹		10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ²		12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³		11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PRÓTESE DISCAL		01/segmento
	HEMOSTÁTICO		01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)		02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)		02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹		01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³		01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
☒ Rastreabilidade			

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da artroplastia + código da hérnia discal (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(²) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais.

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.21 — ESPONDILOLISTESE LOMBAR OU LOMBOSSACRA	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção e estabilização de espondilolistese lombar ou lombossacra, de qualquer etiologia, por meio de descompressão e artrodese por via posterior, anterior ou lateral . Pode estar associada à discopatia degenerativa, hérnia discal ou estenose de canal/foraminal, exigindo etapas adicionais complementares ao objetivo principal (espondilolistese). Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Espondilolistese lombar ou lombossacra de alto grau ou espondilolistese lombar ou lombossacra baixo grau causando déficit neurológico e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica. Patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso retroperitoneal por via anterior ou lateral sendo necessário o acesso posterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.11-3	Espondilolistese - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ³	10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ⁴	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	CAGES INTERSSOMÁTICOS ^C	01-02/segmento
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01

☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da espondilolistese + o código das artrodeses + código da hérnia de disco (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: A depender do grau da espondilolistese pode ser necessário a inclusão de 1 ou mais níveis a artrodese para garantir a estabilidade necessária OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso. OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas. (²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (³) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁴) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais. (⁵) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso (^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades. (^C) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage c/ parafuso/trava); LLIF (01 cage c/ parafuso/trava)	

Nome do Procedimento	1.22 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR		
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de mielopatia cervical, e/ou radiculopatia cervical, e/ou dor discongenética refratária ao tratamento conservador com/sem instabiliadde segmentar cervical, de etiologia degenerativa realizando artrodese por via anterior. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.		
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9 G82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0 M08.3 M14.6 M40.1 M40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0 M47.2 M47.9 M48.0 M48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2 M99.7 M96.2 M96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3		
Indicação	Doença degenerativa discal cervical causando déficit (radiculopatia; mielopatia) e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico		12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico		12C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹		9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ²		10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³		11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
Opção 1 ^A	CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS E/OU PARAFUSOS ^A		1/nível
Opção 2 ^A	CAGE INTERSSOMATICO TRADICIONAL ^A		1/nível
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A		01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A		2/vértebra
	ENXERTO SINTÉTICO		01/segmento
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR		01
	HEMOSTÁTICO		01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)		02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)		02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²		02
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³		01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
☒ Rastreabilidade			

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da artrodese + código da hérnia de disco (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES:

(¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(²) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Procedimento pode ser realizado utilizando uma das duas opções: com cages “Stand Alone” (com sistema próprio de travas) ou com cage tradicional + placa e parafusos. Se optado por técnica “Stand Alone”, liberada para no máximo 3 cages por cirurgia.

Nome do Procedimento	1.23 - ARTROPLASTIA DE COLUNA CERVICAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de mielopatia cervical, e/ou radiculopatia cervical, e/ou dor discogênica refratária ao tratamento conservador, sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa com introdução de prótese cervical, preservando a mobilidade do segmento operado.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M480-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Doença degenerativa discal cervical de C3 a C7 causando déficit (radiculopatia; mielopatia) e/ou sintomas algícos refratários ao tratamento conservador, sem instabilidade segmentar.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, idade >75 anos ou <18 anos osteoporose ou osteopenia, instabilidade segmentar, alergia aos materiais implantáveis, espondilose severa (>50% de perda de altura discal, osteófitos em ponte, ausência de movimento segmentar em flexo-extensão, artropatia facetária severa), espondilite anquilosante, artrite reumatoide, fratura prévia com deformidade cervical, ossificação do ligamento longitudinal posterior, presença de doença neoplásica local, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.59-8	Artroplastia discal de coluna vertebral ¹	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PRÓTESE DISCAL ¹	01/segmento
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	02
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da artroplastia + código de hérnia de disco (discectomia) + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES:

(¹) Em 1 ou dois níveis de C3 a C7

(²) Em caso de fístula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.24 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR COM CORPECTOMIA	
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de mielopatia cervical e/ou radiculopatia cervical com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa realizando a artrodese com cage de corpectomia cervical + placa/parafuso cervical. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M4.5 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Mielopatia espondilótica cervical com ou sem radiculopatia com componente compressivo (hérnia e/ou Ossificação do Ligamento Longitudinal Posterior) posterior ao corpo vertebral.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRAO OU EXPANSIVEL	01
	PLACA CERVICAL ANTERIOR	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA	04
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	02
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CIMENTO ORTOPÉDICO	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	02
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica, exceto o código referente a fístula, , que deve ser acrescentado conforme intercorrência intraoperatória.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3)

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(²) Em caso de fístula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.25 - FORAMINOTOMIA CERVICAL POSTERIOR (VIA TUBULAR)		
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de radiculopatia cervical sem instabilidade segmentar cervical, por via percutânea tubular, sendo realizada a descompressão do forame acometido com a foraminotomia, retirada de fragmento discal e/ou ressecção de complexo disco-osteófitário, descomprimindo a raiz acometida. Outras patologias da coluna vertebral concomitantes, podem ser tratadas no mesmo tempo cirúrgico ou não, como por exemplo, retirada de cisto sinovial. Nestes casos, haverá necessidade de acréscimo destas etapas complementares.		
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3		
Indicação	Radiculopatia cervical com componente compressivo (hérnia e/ou complexo disco-osteófitário) foraminal.		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, mielopatia cervical, compressões centrais, instabilidade segmentar cervical.		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico		12C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia		9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ¹		12A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²		10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³		11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HEMOSTÁTICO		01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)		01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)		02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)		01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²		01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³		01
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
Rastreabilidade			

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de hérnia de disco + código de descompressão + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código utilizado na vigência de cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa). (²) Em caso de fístula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (²) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.26 - DESCOMPRESSÃO CERVICAL POSTERIOR - SEM ARTRODESE (LAMINECTOMIA ou LAMINOPLASTIA)		
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de mielopatia cervical multinível com ou sem radiculopatia cervical sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa ou por ossificação do ligamento longitudinal posterior com descompressão do canal medular por laminectomia ou laminoplastia. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.		
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3		
Indicação	Mielopatia espondilótica cervical, com ou sem radiculopatia, causada por alterações degenerativas cervicais ou Ossificação do Ligamento Longitudinal Posterior com compressão medular em múltiplos níveis.		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, instabilidade cervical, deformidade cifótica cervical		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia		9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica¹		10C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²		9B
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³		11B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁴		3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PLACA DE LAMINOPLASTIA E SEUS PARAFUSOS DE FIXAÇÃO		01/vértebra
	HEMOSTÁTICO		01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)		01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)		02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ˆ		01
	ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO		01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL¹		01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER¹		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA³		01
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade			
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
Rastreabilidade			

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica, exceto fistula e enxerto ósseo (vide abaixo). OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (2) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (3) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. (4) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos
	cervicais. OPMEs (^A) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em

Nome do Procedimento	1.27 - ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Cirurgia para o tratamento de mielopatia cervical e/ou radiculopatia cervical multinível com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa ou por ossificação do ligamento longitudinal posterior com descompressão e artrodese cervical por via posterior. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Mielopatia espondilótica cervical, com ou sem radiculopatia, causada por alterações degenerativas cervicais ou Ossificação do Ligamento Longitudinal Posterior com compressão medular em múltiplos níveis.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁴	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS CERVICAL POSTERIOR/MASSA LATERAL E/OU PEDICULAR	02/vértebra
	HASTE LONGITUDINAL	02
	BLOQUEADORES OU TRAVA PORCA	02/vértebra
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^A	01-02
	HASTE DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCIA ^B	02
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^B	Até 02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^C	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01

✓ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
✓ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
✓ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica, exceto fistula, enxerto ósseo (vide abaixo). OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente. Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. (⁴) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.	
	OPMES (^A) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades. (^B) Necessidade de Fixação cervico-torácica (^C) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.	

Nome do Procedimento	1.28 - ARTRODESE CERVICAL 360° (VIA ANTERIOR + VIA POSTERIOR)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de mielopatia cervical e/ou radiculopatia cervical multinível com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa ou por ossificação do ligamento longitudinal posterior, por acesso da coluna por via anterior e artrodeose vertebral associada a via posterior com fixação posterior cervical, com ou sem laminectomia para descompressão medular. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 G81.0 G81.1 G81.9-82.5 G95.2 M05.3 M05.8 M05.9 M06.0 M06.1 M06.4 M06.8 M06.9 M07.2 M08.0-08.3 M14.6 M40.1-40.4 M43.0 M43.1 M45 M47.0-47.2 M47.9 M48.0-48.8 M49.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M51.9 M53.2 M99.2-99.7 M96.2-96.5 Q06.8 Q06.9 Q76.2 T91.1 T91.3	
Indicação	Mielopatia espondilótica cervical, com ou sem radiculopatia, causada por alterações degenerativas cervicais ou Ossificação do Ligamento Longitudinal Posterior com compressão medular em múltiplos níveis em uma coluna com ou sem deformidade cifótica	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁴	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁶	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS E/OU PARAFUSOS ^A	01/nível
Opção 2 ^A	CAGE INTERSOMÁTICO TRADICIONAL ^A	01/nível
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	02/vértebra
Opção 3 ^A	CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSIVEL ^A	01
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	02/vértebra
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	PARAFUSOS CERVICAL POSTERIOR/MASSA LATERAL E/OU PEDICULAR	02/vértebra
	HASTE LONGITUDINAL	02
	BLOQUEADORES OU TRAVA PORCA	02/vértebra
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	HASTE DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA ^C	02
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^C	Até 02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁴	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁴	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		

Resolubilidade	Alta
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade

Comentários	✓ Rastreabilidade OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: Códigos de artrodese (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02- 4) + código de hérnia de disco cervical (discectomia) + código de substituição do corpo vertebral (corpectomia, + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Caso necessário uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3) OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso. OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas. (2) Se for necessária uma corpectomia (3) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (4) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (5) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. (6) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais. OPMES (^A) Procedimento pode ser realizado utilizando uma das três opções: cage “Stand Alone” com sistema próprio de travas e/ou parafusos, cage tradicional + placa e parafusos ou cage de copectomia + placa e parafuso. Ou até mesmo uma combinação da Opções 1 ou da Opção 2 com a Opção 3 se for necessário uma discectomia e artrodese em um nível + uma corpectomia em outro nível. (^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades. (C) Necessidade de Fixação cervico-torácica (D) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

Nome do Procedimento	1.29 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) – TRATAMENTO VIA POSTERIOR (SEM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Tratamento da fratura e/ou luxação vertebral (dorsal/lombar/sacral) com artrodese/fixação por via posterior aberta ou percutânea com/sem laminectomia no mínimo um nível acima e um nível abaixo da lesão; associado à descompressão medular e redução/alinhamento da fratura vertebral, se necessário.	
CIDs do Procedimento	T91.1 T91.3 M48.4 M99.1 S13.1 S22.0 S22.1 S23.0 S23.1 S32.0 S32.7 S32.8 S33.1 T91.1 T91.3	
Indicação	Fraturas Toracolombares/lombossacras instáveis e/ou com deformidade cifótica, com/sem compressão das estruturas neurais e/ou déficit neurológico em que não há a necessidade de abordagem das 3 colunas.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, fraturas em que há necessidade de abordagem das 3 colunas.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ¹	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ³	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	PINOS DE SCHANZ ^A	02/vértebra
	CLAMPS DOS PINOS DE SCHANZ ^A	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^A	02
Opção 2 ^B	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS ^B OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^{B/C}	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS ^B	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^{B/D}	02-04
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^D	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^E	01-02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^F	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de fraturas ou fratura-luxação + código das artrodeses + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.

(²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(³) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁴) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

SOBRE OPMEs

(^A) Fixação com pinos de Schanz pode ser utilizados para redução e fixação de segmentos curtos

(^B) Fixação com parafusos Pediculares pode ser utilizados tanto para redução e fixação de segmentos curtos ou longos

(^C) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(^D) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)

(^E) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^F) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso - paciente com osteoporose

Nome do Procedimento	1.30 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) - TRAT. VIA POSTERIOR (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Tratamento da fratura e/ou luxação vertebral (dorsal/lombar/sacral) com corpectomia via posterior (transpedicular ou costo- transversotomia) + artrodese/fixação por via posterior aberta com laminectomia: no mínimo dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão; associado à descompressão medular e redução/alinhamento da fratura vertebral.	
CIDs do Procedimento	T91.1 T91.3 M48.4 M99.1 S13.1 S22.0 S22.1 S23.0 S23.1 S32.0 S32.7 S32.8 S33.1 T91.1 T91.3	
Indicação	Fraturas Toracolumbares/lombossacras instáveis e/ou com deformidade cifótica importante, com/sem compressão das estruturas neurais e/ou déficit neurológico em que há a necessidade de abordagem das 3 colunas.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ²	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ⁴	8B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^B	02-04
	CAGE DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO OU EXPANSÍVEL	01
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^C	01
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^B	Até 02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ^E	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ^E	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^E	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de fratura ou fraturas-luxação + código das artrodeses (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02-4) concomitantemente (artrodese 360°) + código da substituição do corpo vertebral + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.

OBS 4: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0)

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES:

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.

(3) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(4) Em caso de necessidade de abordagem por costo-transversectomia

(5) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(6) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(B) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)

(C) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(D) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(E) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose

Nome do Procedimento	1.31 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) – TRATAMENTO VIA ANTERIOR + POSTERIOR 360° (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Tratamento da fratura e/ou luxação vertebral (dorsal/lombar/sacral) com corpectomia via anterior ou lateral (trans-torácica, retropleural ou retroperitoneal), + artrodese/fixação por via posterior aberta ou percutânea com/sem laminectomia: no mínimo 1 nível acima e 1 nível abaixo da lesão; associado à descompressão medular e redução/alinhamento da fratura vertebral.	
CIDs do Procedimento	T91.1 T91.3 M48.4 M99.1 S13.1 S22.0 S22.1 S23.0 S23.1 S32.0 S32.7 S32.8 S33.1 T91.1 T91.3	
Indicação	Fraturas Toracolombares/lombossacras instáveis e/ou com deformidade cifótica importante, com/sem compressão das estruturas neurais e/ou déficit neurológico em que há a necessidade de abordagem das 3 colunas.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso trans-torácico, retropleural ou retroperitoneal por via anterior ou lateral.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ²	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ⁴	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ⁵	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁶	10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ⁷	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁸	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^B	02-04
	CAGE DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO OU EXPANSÍVEL	01
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^B	Até 02
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^C	01
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ^E	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ^E	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^E	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de fratura ou fratura-luxações + código das artrodeses (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02-4) concomitantemente (artrodese 360°) + código da substituição do corpo vertebral + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.

OBS 4: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0)

OBS 5: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 6: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 7: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.

(3) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(4) Em caso de técnica via postero-lateral associada

(5) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.

(6) Em caso de fístula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(7) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais.

(8) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(B) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)

(C) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(D) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(E) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Nome do Procedimento	1.32 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO DA COLUNA CERVICAL – TRATAMENTO VIA ANTERIOR (SEM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura e ou luxação da coluna cervical com artrodese por via anterior. Com ou sem necessidade de redução incruenta por tração cervical transesquelética.	
CIDs do Procedimento	S12.0-12.2; S13.1 M50.0-50.2	
Indicação	Fraturas cervicais instáveis com/sem fragmento discal herniado.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, acometimento importante do corpo vertebral, lesão significativa do complexo ligamentar posterior, ou luxação facetária irreduzível pela técnica anterior, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ¹	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ³	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁴	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ⁴	8B
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta ⁴	5B
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS E/OU PARAFUSOS ^A	01/nível
Opção 2 ^A	CAGE INTERSSOMÁTICO TRADICIONAL ^A	01/nível
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	02/vértebra
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de fraturas ou fratura-luxação + códigos de artrotese + código de hérnia de disco (discectomia) + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez. OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos. (²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (³) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁴) Caso a redução incruenta pré-cirúrgica seja necessária. (⁵) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Procedimento pode ser realizado utilizando uma das duas opções: com cages “Stand Alone” (com sistema próprio de travas) ou com cage tradicional + placa e parafusos.

Nome do Procedimento	1.33 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL – TRATAMENTO VIA ANTERIOR (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura e ou luxação da coluna cervical com corpectomie e artrodese por via anterior. Com ou sem necessidade de redução incruenta por tração cervical transesquelética.	
CIDs do Procedimento	S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2	
Indicação	Fraturas cervicais instáveis com acometimento importante do corpo vertebral, com/sem fragmento discal herniado.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, lesão significativa do complexo ligamentar posterior, ou luxação facetária irreduzível pela técnica anterior, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ¹	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ³	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁴	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ⁴	8B
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta ⁴	5B
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGE (CILINDRO OU GAIOLA) DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSIVEL	01
	PLACA CERVICAL ANTERIOR	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA	02/vértebra
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de fraturas ou fraturas-luxação + código de artrodese + código de hérnia de disco (discectomia) + código de substituição do corpo vertebral (corpectomia) + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.	

OBS 4: Caso necessário 1 corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.01-6 ou 3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3), 2 corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.01-6 ou 3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15. 39-3)

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:
 - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
 - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (¹) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.
 (²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.
 (³) Em caso de fistula líquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.
 (⁴) Caso a redução incruenta pré-cirúrgica seja necessária.
 (⁵) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.34 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL, CRÂNIO-CERVICAL OU CERVICO-TORÁCICA) TRATAMENTO VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura e/ou luxação da coluna cervical, crânio-cervical ou cervicotorácica por artrodese por via posterior, com ou sem laminectomia, associado à fixação posterior cervical, crânio-cervical ou cervicotorácica para redução/alinhamento da fratura e descompressão medular. Com ou sem necessidade de redução incruenta por tração cervical transesquelética.	
CIDs do Procedimento	B90.2 G95.2 M43.3-43.5 S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2 M99.2 Q06.8 Q06.9 Q76.4 Q78.1 Q78.8 Q78.9 Q87.4	
Indicação	Fraturas cervicais instáveis com lesão significativa do complexo ligamentar posterior ou luxação facetária irreduzível pela técnica anterior	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, fragmento discal herniado ou acometimento importante do corpo vertebral.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ¹	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ^{3, 4}	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical trans-esquelética ⁴	8B
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta ⁴	5B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS CERVICAL POSTERIOR/MASSA LATERAL E/OU PEDICULAR	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU TRAVA PORCA	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) A	02-04
	PLACA OCCIPITO-CERVICAL (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA)	01

	PARAFUSOS P/ COMPONENTE CRANIANO/OCCIPTAL DA HASTE OU PLACA OCCIPITO-CERVICAL (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA)	04-06
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^A	Até 4
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^B	01-02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^C	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de fraturas ou fratura-luxação + código de artrodese + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.

(2) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(3) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(4) Caso a redução incruenta pré-cirúrgica seja necessária.

(5) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(6) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs:

(^A) Podem ser utilizados 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervico-torácica)

(^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^C) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

Nome do Procedimento	1.35 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL, CRÂNIO-CERVICAL OU CERVICO-TORÁCICA) – TRATAMENTO VIA ANTERIOR + POSTERIOR (360°)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura e ou luxação da coluna cervical, crânio-cervical ou cervico-torácica por acesso da coluna por via anterior com subsequente discectomia e/ou corpectomia, descompressão medular e/ou radicular e artrodesse e redução/alinhamento da fratura por instrumentação com cage/enxerto e/ou cage corpectomia cervical + placa/parafuso cervical associada a via posterior, com ou sem laminectomia, para artrodesse posterior cervical, crânio-cervical ou cervico-torácica para redução/alinhamento da fratura, descompressão medular e/ou aumentar a estabilidade da instrumentação. Com ou sem necessidade de redução incruenta por tração cervical transesquelética.	
CIDs do Procedimento	B90.2 G95.2 M43.3-43.5 Q78.8 Q78.9 Q87.4 S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2 M99.2 Q06.8 Q06.9 Q76.4 Q78.1	
Indicação	Fraturas cervicais instáveis e extensas com lesão significativa do complexo ligamentar posterior, luxação facetária irreversível pela técnica anterior e com fragmento discal herniado ou acometimento importante do corpo vertebral.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna cervical pelo acesso anterior.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodesse da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodesse de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ³	14B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁴	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ^{5,6}	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical trans-esquelética ⁶	8B
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta ⁶	5B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica ⁷	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁸	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS E/OU PARAFUSOS ^A	01/nível
Opção 2 ^A	CAGE INTERSOMÁTICO TRADICIONAL ^A	01/nível
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	02/vértebra
Opção 3 ^A	CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSIVEL ^A	01
	PLACA CERVICAL ANTERIOR ^A	01
	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	01
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	01
	PARAFUSOS CERVICAL POSTERIOR/MASSA LATERAL E/OU PEDICULAR	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^B	02-04
	BLOQUEADORES OU TRAVA PORCA	02/vértebra
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^C	01-02
	CONECTORES HASTE TIPO DOMINÓ ^B	01-02
	TRAVA P/ COMPONENTE CRANIANO/OCCIPITAL DA HASTE (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA)	04-06
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁷	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁷	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01

☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de fraturas ou fratura-luxação + códigos de artrodese + código de hérnia de disco cervical (discectomia) e/ou o código de substituição do corpo vertebral (corpectomia) + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.

OBS 4: Caso necessário uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.39-3)

OBS 5: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 6: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 7: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Se for necessária uma corpectomia

(3) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.

(4) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(5) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(6) Caso a redução incruenta pré-cirúrgica seja necessária.

(7) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(8) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs:

(A) Procedimento pode ser realizado utilizando uma das três opções: cage “Stand Alone” com sistema próprio de travas e/ou parafusos, cage tradicional + placa e parafusos ou cage de corpectomia + placa e parafuso. Ou até mesmo uma combinação da Opções 1 ou da Opção 2 com a Opção 3 se for necessário uma discectomia e artrodese em um nível + uma corpectomia em outro nível.

(B) Podem ser utilizados 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervico- torácica)

(C) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(D) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a

(E) lesões durais.

Nome do Procedimento	1.36 — FRATURA DE ODONTÓIDE – TRATAMENTO VIA ANTERIOR	
Descrição do procedimento	Osteosíntese de fratura do odontóide com 1 ou 2 parafusos de tração por via anterior, com ou sem a necessidade de redução incruenta por tração cervical transesquelética.	
CIDs do Procedimento	B90.2 G95.2 M43.3-43.5 S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2 M99.2 Q06.8 Q06.9 Q76.4 Q78.1 Q78.8 Q78.9 Q87.4	
Indicação	Fratura tipo II do odontóide com traço de fratura transverso ou de antero-cranial para postero- caudal.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, fratura cominuta, traço de fratura de antero-caudal para postero- cranial, pacientes com baixa qualidade óssea.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ^{1,2}	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ²	8B
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta ²	5B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular ³	14B
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	PARAFUSOS DE ODONTÓIDE	01-02
	FIO DE KIRSCHNER	01-02
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: Código de fraturas ou fratura-luxação + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.	
	OBS 2: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.	
	OBS 2: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.	
	OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(1) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.	
	(2) Caso a redução incruenta pré-cirúrgica seja necessária.	
	(3) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.	

Nome do Procedimento	1.37 — FRATURA VERTEBRAL PATOLÓGICA – TRATAMENTO PERCUTÂNEO POR “CIMENTAÇÃO” OU “STENT” VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Tratamento da fratura vertebral patológica (tumoral ou osteoporótica) por via percutânea, com substituição parcial e alinhamento do corpo vertebral, através de “cimentação” ou implante de “stent” vertebral (ou dispositivo similar).	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.6 M43.2 M49.5 M80.4 M85.4 S12.0-12.2 S12.7 S22.0 S22.1 S32.0 S32.1 S32.2 S32.7	
Indicação	Fraturas patológicas (tumoral ou osteoporóticas) com sintomas algicos refratários ao tratamento conservador ou incapacitantes.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada; alergia ao metilmetacrilato	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
4.08.14.09-2	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)	8C
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna ¹	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT VERTEBROPLASTIA, KIT CIFOPLASTIA OU KIT OSTEOPLASTIA (IMPLANTE DE “STENT” VERTEBRAL OU DISPOSITIVO SIMILAR)	01/vértebra
	CIMENTO ORTOPÉDICO	01/vértebra
	AGULHA/CÂNULA DE BIÓPSIA VERTEBRAL ¹	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois se necessário	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica, exceto a biópsia da coluna (vide abaixo). OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vértebras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Se houver suspeita de lesão neoplásica.	

Nome do Procedimento	1.38 — TUMOR VERTEBRAL (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA ANTERIOR (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor de corpo vertebral cervical, torácico ou lombar (corpectomia) por via anterior/lateral (cervical, trans- torácica, retropleural ou retroperitoneal) com substituição de um ou mais corpos vertebrais pelo cage de corpectomia (cervical ou toracolombar) + artrodese/fixação das vértebras adjacentes (um nível acima e um abaixo da lesão) por placa anterior/anterolateral e parafusos. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido com instabilidade ou potencial instabilidade segmentar com ou sem compressão medular/cauda equina.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso cervical, trans-torácico, retropleural ou retroperitoneal por via anterior ou lateral.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ²	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ²	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁴	10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ⁵	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGE DE CORPECTOMIA (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR) PADRÃO OU EXPANSÍVEL	01
	PLACA PARA FIXAÇÃO ANTERIOR/ANTEROLATERAL (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR)	01
	PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DE PLACA	04
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR ^A	01
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR) ^B	01
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁴	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁴	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^C	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de tumor ósseo vertebral + código de artrodese + código de substituição do corpo vertebral (corpectomia) + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28- 8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39-3) OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizados nas discectomias para a realização da corpectomia (vide OBS 3). (²) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral. (³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (⁴) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁵) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais. (⁶) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Para acesso anterior da coluna cervical se necessário (^B) Para acesso lateral da coluna toraco-lombar se necessário (^C) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

Nome do Procedimento	1.39 — TUMOR VERTEBRAL (TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM ARTRODESE E CORPECTOMIA	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor de corpo vertebral torácico ou lombar (corpectomia) por via posterior (transpedicular ou por custo- transversectomia) com laminectomia no nível da lesão, substituição de um ou mais corpos vertebrais pelo cage de corpectomia toracolombar, seguida de artrodeose/fixação das vértebras adjacentes (dois níveis acima e dois abaixo da lesão). Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido com instabilidade ou potencial instabilidade segmentar com ou sem compressão medular/cauda equina.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ²	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ³	8B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁴	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS ^A	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^B	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^C	02-04
	CAGE DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO OU EXPANSÍVEL	01
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^D	01-02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^C	02-04
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^E	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^F	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^G	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + códigos das artrodeses (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02-4) concomitantemente (artrodese 360°) + código da substituição do corpo vertebral (corpectomia) + código da laminectomia + código da descompressão medular + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0)

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES:

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Utilizados nas discectomias para a realização da corpectomia (vide OBS 3). (3) Em caso de necessidade de abordagem por custo-transversectomia.

(4) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(5) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(6) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea.

(B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(C) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica).

(D) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(E) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(F) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

(G) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

Nome do Procedimento	1.40 — TUMOR VERTEBRAL (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA ANTERIOR (COM CORPECTOMIA) + POSTERIOR (360°)	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor de corpo vertebral cervical, torácico ou lombar (corpectomia) por via anterior/lateral (cervical, transtorácica, retropleural ou retroperitoneal) com substituição de um ou mais corpos vertebrais pelo cage de corpectomia (cervical ou toracolombar) + artrodese/fixação das vértebras adjacentes (um nível acima e um abaixo da lesão) por placa anterior/anterolateral e parafusos associada a via posterior (aberta ou percutânea) para artrodese/fixação das vértebras adjacentes aumentando a estabilidade da instrumentação, com ou sem laminectomia. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido com instabilidade ou potencial instabilidade segmentar com ou sem compressão medular/cauda equina.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso cervical, trans-torácico, retropleural ou retroperitoneal por via anterior ou lateral.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ²	10A
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ²	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ³	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ³	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁴	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁵	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁶	10C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais ⁷	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁸	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGE DE CORPECTOMIA (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR) PADRÃO OU EXPANSÍVEL	01
	PLACA PARA FIXAÇÃO ANTERIOR/ANTEROLATERAL (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR)	01
	PARAFUSO PARA FIXAÇÃO DE PLACA	04
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR ^A	01
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR) ^B	01
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL, PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^C	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^D	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA ^E	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^F	01-02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^E	02-04
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^G	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^H	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁶	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁶	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^I	01/vértebra

	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸		01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)	
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
☒ Rastreabilidade			

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + códigos das artrodeses (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02-4) concomitantemente (artrotese 360°) + código da substituição do corpo vertebral (corpectomia) + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrotese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39- 3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrotese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39-3)

OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos de artrotese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrotese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(²) Utilizados nas discectomias para a realização da corpectomia (vide OBS 3). (³) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.

(⁴) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(⁵) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(⁶) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁷) Em caso de lesão vascular inadvertida no intra-operatório dos acessos anteriores lombares, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Lesões Vasculares Intra-abdominais.

(⁸) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Para acesso anterior da coluna cervical se necessário.

(^B) Para acesso lateral da coluna toraco-lombar se necessário.

(^C) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea.

(^D) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(^E) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica).

(^F) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrotese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^G) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(^H) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

(^I) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Comentários

Nome do Procedimento	1.41 — TUMOR VERTEBRAL (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR) COM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA E ARTRODESE (SEM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor invadindo canal vertebral com compressão medular/cauda equina, acessado e descomprimido por laminectomia e ressecção significativa dos elementos posteriores no nível com lesão, seguida de artrodeose/fixação das vértebras adjacentes (dois níveis acima e dois abaixo da lesão), por via posterior sem corpectomia. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido, estáveis mas com compressão medular/cauda equina, necessitando de ressecção ampla de elementos posteriores para descompressão efetiva.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ²	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ³	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL OU PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS ^A (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA)	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^B	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^C	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^D	01-02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^C	02-04
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^E	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^F	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^G	01/vértebra
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01	
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + código de artrodese + código da laminectomia + código de descompressão medular e/ou cauda equina + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (²) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais. (³) Em caso de fistula líquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁴) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea (^B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve. (^C) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica).. (^D) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades. (^E) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório. (^F) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões derais. (^G) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Nome do Procedimento	1.42 — TUMOR VERTEBRAL (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR) COM COMPRESSÃO MEDULAR: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA, SEM ARTRODESE	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor invadindo canal vertebral com compressão medular/cauda equina, acessado e descomprimido por laminectomia (preservando as facetas articulares) no nível com lesão por via posterior, sem artrodeose ou corpectomia. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido, estáveis mas com compressão medular/cauda equina, em que não seja necessário a ressecção ampla de elementos posteriores para descompressão efetiva.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ¹	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^A	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^B	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + código da laminectomia + código de descompressão medular e/ou cauda equina + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais. (²) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMES (^A) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório. (^B) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

Nome do Procedimento	1.43 — TUMOR VERTEBRAL DE ELEMENTOS POSTERIORES (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR): RESSECÇÃO POSTERIOR COM ARTRODESE	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor vertebral, restrito aos elementos posteriores sem compressão medular/cauda equina, seguida de artrodeose/fixação das vértebras adjacentes, por via posterior.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários ou de comportamento desconhecido, restritos aos elementos posteriores, cuja ressecção instabilizaria o segmento vertebral.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ²	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica ³	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL OU PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^A	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^B	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^C	02-04
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^C	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^D	01-02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^E	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^F	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^G	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS:

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + código de artrodese + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(2) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(3) Em caso de fistula líquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(4) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMES

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(C) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)..

(D) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(E) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(F) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

(G) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Nome do Procedimento	1.44 — TUMOR VERTEBRAL DE ELEMENTOS POSTERIORES (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR): RESSECÇÃO POSTERIOR SEM ARTRODESE	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor vertebral, restrito aos elementos posteriores, sem compressão medular/cauda equina, por via posterior.	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais primários ou de comportamento desconhecido, restritos aos elementos posteriores, cuja ressecção não instabilizaria o segmento vertebral.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ¹	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^A	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^B	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais. (²) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório. (^B) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.	

Nome do Procedimento	1.45 — TUMOR VERTEBRAL (TORÁCICO/LOMBAR) INSTÁVEL SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: ARTRODESE/FIXAÇÃO POR VIA POSTERIOR PERCUTÂNEA - COM OU SEM “CIMENTAÇÃO”/ “STENT” VERTEBRAL DA LESÃO	
Descrição do procedimento	Estabilização de tumor vertebral instável (torácico/lombar), sem compressão medular/cauda equina, com artrodese/fixação percutânea posterior, com ou sem “cimentação” ou implante de “stent” vertebral (ou dispositivo similar) na lesão	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Tumores vertebrais secundários ou de comportamento desconhecido, instáveis sem compressão medular/cauda equina	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - ressecção com substituição com ou sem instrumentação - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
4.08.14.09-2	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES CANULADOS/PERCUTÂNEOS	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	AGULHA/CÂNULA DE BIÓPSIA VERTEBRAL	01
	KIT VERTEBROPLASTIA, KIT CIFOPLASTIA OU KIT OSTEOPLASTIA (IMPLANTE DE “STENT” VERTEBRAL OU DISPOSITIVO SIMILAR) ^A	01/vértebra
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^{A, B}	01/vértebra
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS:	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de tumor ósseo vertebral + código de artrodese + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.	
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).	
	OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.	
	OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	OPMEs (^A) Se for necessário suporte da coluna anterior ao nível da lesão tumoral. (^B) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso - paciente com osteoporose.	

Nome do Procedimento	1.46 — TUMOR DE CANAL VERTEBRAL (EXTRA OU INTRA DURAL, EXTRA OU INTRA MEDULAR) - RESSECÇÃO TURMORAL E DESCOMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA - (SEM ARTRODESE)	
Descrição do procedimento	Ressecção microcirúrgica de tumores de canal vertebral, extra ou intra dural, intra ou extramedulares: tumores primários ou secundários; MAVs medulares, lesões inflamatórias/infecciosas;iringomielia; etc, com descompressão medular/cauda equina por via posterior com laminectomia ou laminoplastia - sem artrodeese. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C70.1 C72.0 D32.1 D32.9 D33.4 D43.4 D48.0 G95.2	
Indicação	Tumores de canal vertebral intra/extra dural, intra/extra medulares com compressão medular/cauda equina e déficit neurológico ou sintomatologia algica significativa e refratária.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas,iringomielia, parasitoses) ¹	13B
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ¹	12A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ²	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ³	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^A	01
	ASPIRADOR ULTRASSÔNICO ^B	01
	PINÇA BIPOLAR COM IRRIGAÇÃO E PONTA NÃO ADERENTE	01
	MINIPLACA PARA LAMINOPLASTIA + PARAFUSOS DE FIXAÇÃO DA PLACA ^C	02/vértebra
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ³	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ³	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01
Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico	
Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS: OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de lesão intramedulares ou código de lesão intra-extra dural (dependendo do tipo de lesão) + código de laminectomia + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Deve-se escolher um dos códigos a depender da localização da lesão: intra-medulares, intra-dural/extra-medular ou extra-dural. (²) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos
	cervicais. (³) Em caso de fistula líquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (⁴) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais (^B) A utilização do aspirador ultrassônico permite a ressecção seletiva do tecido tumoral, evitando, assim, lesão dos tecidos neurais adjacentes, possibilitando um maior grau de ressecção com menos moridade associada ao procedimento. (^C). Placas e parafusos utilizados para o fechamento e reposicionamento das lâminas vertebrais retiradas na laminotomia.

Nome do Procedimento	1.47 — TUMOR DE CANAL VERTEBRAL (EXTRA OU INTRA DURAL, EXTRA OU INTRA MEDULAR) - RESSECÇÃO TURMORAL E DESCOMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA - (COM ARTRODESE)	
Descrição do procedimento	Ressecção microcirúrgica de tumores de canal vertebral, extra ou intra dural, intra ou extramedulares: tumores primários ou secundários; MAVs medulares, lesões inflamatórias/infecciosas;iringomielia; etc, com descompressão medular/cauda equina por via posterior com laminectomia e com artrodese posterior. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	C70.1 C72.0 D32.1 D32.9 D33.4 D43.4 D48.0 G95.2	
Indicação	Tumores de canal vertebral intra/extra dural, intra/extra medulares com compressão medular/cauda equina e déficit neurológico ou sintomatologia álgica significativa e refratária. Presença de instabilidade ou potencial instabilidade	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas,iringomielia, parasitoses) ¹	13B
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ¹	12A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ³	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁴	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁵	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL OU PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS ^ (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA)	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^	02-04
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^	01-02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^	01
	ASPIRADOR ULTRASSÔNICO F	01
	PINÇA BIPOLAR COM IRRIGAÇÃO E PONTA NÃO ADERENTE	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁴	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁴	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^	01/vértebra
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01
Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia/consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico, depois conforme necessário	
Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de lesão intramedulares ou código de lesão extra-intra dural (dependendo do tipo de lesão) + código de artrodese + código de laminectomia + código de descompressão medular + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Deve-se escolher um dos códigos a depender da localização da lesão: intra-medulares, intra-dural/extra- medular ou extra-dural.

(²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(³) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(⁴) Em caso de durotomia programada ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(⁵) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(^B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(^C) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)..

(^D) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^E) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

(^F) A utilização do aspirador ultrassônico permite a ressecção seletiva do tecido tumoral, evitando, assim, lesão dos tecidos neurais adjacentes, possibilitando um maior grau de ressecção com menos morbidade associada ao procedimento.

(^G) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso - paciente com osteoporose.

1.48 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE DE INÍCIO PRECOCE COM SISTEMA DE CRESCIMENTO		
Nome do Procedimento		
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de escoliose de início precoce da coluna vertebral de causa idiopática, neuromuscular, congênita ou sindrômica, com implantes compatíveis com o crescimento. Podendo ou não ser utilizada tração esquelética no intra-operatório.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Escoliose de início precoce com alto valor angular ou em progressão apesar do tratamento conservador.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ²	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ²	8B
3.07.09.03-2	Tração transesquelética (por membro) ²	4A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES/ DE TRANSVERSO ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	04
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ	02
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^B	01-02
	PARAFUSOS DE ILÍACO TRADICIONAIS + CONECTORES E PORCAS ^C	02
	PARAFUSO TRANSILÍACOSACRAL E CONECTORES ^C	02
	IMPLANTE TORÁCICO VERTICAL EXPANSÍVEL DE TITÂNIO – VEPTR ^D	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia + Consultas pós-op + Reabordagens seriadas para alongamento da haste se necessário	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇOES GERAIS	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código da artrodese, + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.	
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).	
	OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.	
	OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(1) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.		
(2) Códigos usados quando houver necessidade de tração transesquelética (por membro) e/ou tração craniana		

no intra-operatório

(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(^A) Os ganchos podem ser uma opção aos parafusos ou serem utilizados concomitantemente de forma híbrida, além de serem preconizados em sistemas específicos.

(^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica da instrumentação sendo preconizados em sistemas específicos.

(^C) Parafusos de ilíaco ou parafuso transilíaco-sacrais e seus conectores e porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve (escoliose neuromuscular por exemplo).

(^D) Caso seja optado por este sistema de expansão toraco-vertebral, ele habitualmente substitui os demais implantes mencionados.

Nome do Procedimento	1.49 — CIRURGIA PARA ALONGAMENTO DE HASTE DE CRESCIMENTO	
Descrição do procedimento	Cirurgia para alongamento das hastes de crescimento nos sistemas compatíveis com o crescimento no tratamento de escoliose de início precoce da coluna vertebral de causa idiopática, neuromuscular, congênita, síndrome.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Escoliose de início precoce com alto valor angular ou em progressão apesar do tratamento conservador.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ¹	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	01
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade		
Seguimento	Fisioterapia + Consultas pós-op + Reabordagens seriadas para alongamento da haste se necessário	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	1.50 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCOLIOSE DO ADOLESCENTE COM ARTRODESE POR VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de escoliose do adolescente de causa idiopática, neuromuscular, congênita ou sindrômica com artrodese por via posterior. Podendo ou não ser utilizada tração esquelética no intra-operatório.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Escoliose do adolescente com alto valor angular ou em progressão apesar do tratamento conservador.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pótero-lateral ¹	12C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ²	10A
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ⁴	8B
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico ⁵	8A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ⁶	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁷	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ⁷	8B
3.07.09.03-2	Tração transesquelética (por membro) ⁷	4A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁸	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES/DE TRANSVERSO ^A	02/vértebra
	BANDAS SUBLAMINARES ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^B	02-04
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ (OPCIONAL) ^B	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^C	01-02
	CAGE DE DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO ^D	01
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^E	02-04
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^F	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^G	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ^G	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ^G	01
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^H	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código da artrodese, + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 4: Uma osteotomias com ressecção vertebral (VCR) compreenderá 1x o código de osteotomia (3.07.15.22-9) + 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0), uma osteotomias com ressecção vertebral (VCR) acometendo duas vértebras compreenderá 1x o código de osteotomia (3.07.15.22-9) + 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0).

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

Comentários

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.
- (2) Em casos onde haja a necessidade de uma osteotomia com ressecção vertebral (VCR) – (vide OBS 4).
- (3) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.
- (4) Quando realizada a Costoplastia.
- (5) Em cirurgias definitivas de pacientes com sistemas prévios compatíveis com o crescimento.
- (6) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.
- (7) Códigos usados quando houver necessidade de tração transesquelética (por membro) e/ou tração craniana no intra-operatório.
- (8) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

- (A) Os ganchos e as bandas podem ser uma opção aos parafusos ou serem utilizadas concomitantemente de forma híbrida
- (B) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)..
- (C) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.
- (D) Pode ser utilizado em caso de osteotomias com ressecção vertebral (VCR)
- (E) Parafusos de ilíaco e seus conectores e porcas, serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve (escoliose neuromuscular por exemplo)
- (F) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões derais.
- (G) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório
- (H) Neuronavegador / Robô para casos com deformidades ou lesões complexas com instrumentação desafiadora.

Nome do Procedimento	1.51 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE PATOLÓGICA COM ARTRODESE POR VIA POSTERIOR
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção da cifose patológica (como a de Scheuermann e outras deformidades cifóticas) com artrodese por via posterior.
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4
Indicação	Cifose com alto valor angular ou em progressão apesar do tratamento conservador. Também indicado em casos de dor refratária ao tratamento conservador
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética

Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ¹	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica ²	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ³	3A
3.07.15.29-6	Tração cervical transesquelética ³	8B
3.07.09.03-2	Tração transesquelética (por membro) ³	4A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B

	Descrição	Quantidade
OPMEs	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES ^A	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^B	01-02
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^C	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^E	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01

☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código da artrodese + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseje resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I- Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II- Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. Códigos usados quando houver necessidade de tração transesquelética (por membro) e/ou tração craniana no intra-operatório. A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Os ganchos e as bandas podem ser uma opção aos parafusos ou serem utilizadas concomitantemente de forma híbrida (^B) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.. (^C) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais. (^D) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório. (^E) Neuronavegador / Robô para casos com deformidades ou lesões complexas com instrumentação desafiadora.

Nome do Procedimento	1.52 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFO-ESCOLIOSE / ESCOLIOSE CONGÊNITA COM RESSECÇÃO DE HEMIVÉRTEBRA E ARTRODESE POR VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de cifo-escoliose congênita com artrodeose curta por via posterior.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Cifo-escoliose congênita com grande potencial de progressão	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.17-2	Hemivértebra - ressecção via anterior ou posterior - tratamento cirúrgico	11C
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula líquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS	02
	CAGE DE DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO ^A	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^B	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^C	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Colete, Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código de ressecção de hemivértebra + códigos das artrodeses (3.07.15.01-6) e (3.07.15.02-4) concomitantemente (artrodese 360°) + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vértebras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas. (²) Em caso de fístula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente).
	Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Pode ser utilizado em caso de ressecções amplas que necessitem um suporte anterior. (^B) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais. (^C) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório

Nome do Procedimento	1.53 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFORMIDADE (TORACO-LOMBAR, LOMBAR OU LOMBOSSACRA) DO ADULTO COM ARTRODESE 360° - POR VIA POSTERIOR OU VIA COMBINADA (ANTERIOR + POSTERIOR)	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção da deformidade (toraco-lombar, lombar ou lombossacra) do adulto com desalinhamento sagital e ou coronal de causa degenerativa, pós-traumática, iatrogênica, idiopática, inflamatória ou neuromuscular por via posterior ou combinada (anterior + posterior) realizando uma artrodese 360°, com ou sem osteotomias. Podendo ou não necessitar de descompressões das estruturas neurais.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Deformidade (toraco-lombar, lombar ou lombossacra) do adulto com desalinhamento sagital e ou coronal sintomático.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco toraco-lombar - tratamento cirúrgico ³	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ⁴	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ⁵	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁶	9B
3.07.15.24-5	Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico ⁷	9C
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico ⁷	8A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula líquórica ⁸	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁹	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL, PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^A	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES ^B	02/vértebra
	BANDAS SUBLAMINARES ^B	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^C	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS ^D	02-04
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^D	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO ("CROSSLINK") ^E	0102
	CAGE INTERSSOMÁTICO E/OU DE CORPECTOMIA TORACO-LOMBAR PADRÃO OU EXPANSÍVEL ^F	01- 02/segmento
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR) ^G	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^H	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^I	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁸	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁸	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^J	01/vértebra
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^K	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁹	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código da artrodese, + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 3: Caso seja necessária uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0)

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);

II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Caso uma corpectomia seja necessária

(3) Realização da ressecção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com ou sem cage) ou para a realização da corpectomia (vide OBS 3).

(4) Quando utilizado técnica cirúrgica envolvendo retirada de 1 ou mais arcos costais.

(5) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.

(6) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(7) Em deformidades Iatrogênicas com ou sem pseudoartrose.

(8) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(9) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea.

(B) Os ganchos e as bandas podem ser utilizados em alguns níveis para uma construção híbrida.

(C) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(D) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transitórias (ex: cervicotorácica)..

(E) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondililístese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(F) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage c/ parafuso/trava); LLIF (01 cage c/ parafuso/trava), Cage de corpectomia toraco-lombar padrão ou expansível (01 cage).

(G) Para acesso lateral da coluna toraco-lombar se necessário.

(H) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.

(I) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório

(J) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

(K) Neuronavegador / Robô para casos com deformidades ou lesões complexas com instrumentação desafiadora.

Nome do Procedimento	1.54 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFORMIDADE (CRÂNIO-CERVICAIS, CERVICAIS OU CERVICO-TORÁDICAS) DO ADULTO COM ARTRODESE POR VIA ANTERIOR (ISOLADA), VIA POSTERIOR (ISOLADA) OU VIA COMBINADA (ANTERIOR + POSTERIOR - 360°)	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção da deformidade (crânio-cervicais, cervicais ou cervico-torácicas) do adulto com desalinhamento sagital e ou coronal de causa degenerativa, pós-traumática, iatrogênica, idiopática, inflamatória ou neuromuscular por via posterior ou combinada (anterior + posterior - 360°) com ou sem osteotomias. Podendo ou não necessitar de descompressões das estruturas neurais. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	M40.1 M40.2 M40.4 M41.0-41.9 M96.2 M96.4 M96.5 Q76.3 Q76.4	
Indicação	Deformidade (crânio-cervicais, cervicais ou cervico-torácicas) do adulto com desalinhamento sagital e ou coronal sintomático.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal - tratamento cirúrgico	14B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ³	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁴	9B
3.07.15.24-5	Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico ⁵	9C
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico ⁵	8A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁶	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁷	3A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁸	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL E/OU PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS ^A	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES ^B	02/vértebra
	BANDAS SUBLAMINARES ^B	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL ^C OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA ^D (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^E	02 a 04
	PLACA OCCIPITO-CERVICAL ^C	01
	PARAFUSOS P/ COMPONENTE CRANIANO/OCCIPITAL DA HASTE OU PLACA OCCIPITO- CERVICAL ^C	04-06
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^{D,E}	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^F	01-02
	CAGE INTERSOMÁTICO TRADICIONAL OU CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS OU PARAFUSOS E/OU CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSÍVEL ^G	01/segmento
	PLACA PARA FIXAÇÃO ANTERIOR ^G	01
	PARAFUSO PARA FIXAÇÃO DE PLACA ^G	04
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR ^G	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^H	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^I	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁶	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁶	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^J	01/vértebra
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^K	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01

☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
☒ Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código da artrodese + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Caso seja necessária uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28-8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15. 39-3)

OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Caso uma corpectomia seja necessária.

(3) Realização da ressecção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com ou sem cage) ou para a realização da corpectomia (vide OBS 3).

(4) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.

(5) Em Deformidades Iatrogênicas com ou sem pseudoartrose.

(6) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(7) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(8) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso

(B) Os ganchos e as bandas podem ser utilizados em alguns níveis para uma construção híbrida.

(C) Necessidade de Fixação crânio-cervical

(D) Necessidade de Fixação cervico-torácica

(E) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica).

(F) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(G) Se for necessário o acesso anterior da coluna cervical utilizar Opção 1 (Cage stand-alone + sistema próprio de travas ou parafuso) ou Opção 2 (Cage tradicional + placa anterior + parafusos da placa) e/ou Opção 3 (Cage de Corpectomia padrão ou expansível + placa anterior + parafusos) – os cages intersomáticos e o cage de corpectomia podem ser utilizados concomitantemente caso seja necessário uma

Comentários

Nome do Procedimento	1.55 — MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção/tratamento de malformação crânio-cervical com ou sem siringomielia (Ex., Malformação de Chiari), onde é realizado craniectomia suboccipital para descompressão fossa posterior, laminectomia dos arcos de C1, duroplastia de fossa posterior, descompressão medular, via posterior. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	B90.2 G95.2 M43.3-43.5 S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2 M99.2 Q06.8 Q06.9 Q76.1 Q76.4 Q78.1 Q78.8 Q78.9 Q87.4	
Indicação	Malformação crânio-cervical sintomática	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	11B
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)	13B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ¹	3A
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ²	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalhos de gálea aponeurótica ²	8C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais. (²) Nos casos em que necessitar ampliação dural por duroplastia utilizando gálea aponeurótica ou substituto de duramater, ou ambos. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	1.56 — MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA COM FIXAÇÃO OCCIPITO-CERVICAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção/tratamento de malformação crânio-cervical com ou sem siringomielia (Ex., Malformação de Chiari), onde é realizado craniectomia suboccipital para descompressão fossa posterior, laminectomia dos arcos de C1, duroplastia de fossa posterior com gálea aponeurótica c/ correção de fistula líquórica, descompressão medular, seguida de fixação/artrodese occipito-cervical, via posterior. Este tratamento habitualmente se trata de cirurgia feita por via posterior, porém há casos que é necessária cirurgia por via anterior associada onde é feita descompressão e fixação com material apropriado	
CIDs do Procedimento	B90.2 G95.2 M43.3-43.5 S12.0-12.2 S13.1 M50.0-50.2 M99.2 Q06.8 Q06.9 Q76.1 Q76.4 Q78.1 Q78.8 Q78.9 Q87.4	
Indicação	Malformação crânio-cervical sintomática	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	11B
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares (tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)	13B
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ¹	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalhos de gálea aponeurótica ¹	8C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ²	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ³	3A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL E/OU PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES OU COM COMPONENTE OCCIPITAL	02
	PLACA OCCIPITO-CERVICAL	01
	PARAFUSOS PARA COMPONENTE CRANIANO/OCCIPITAL DA HASTE OU PLACA OCCIPITO- CERVICAL	04-06
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^A	01-02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ	01-02
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	ENXERTO SINTÉTICO	01/segmento
	KIT DUROPLASTIA ¹	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica, exceto o código de enxerto ósseo. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Nos casos em que necessitar ampliação dural por duroplastia utilizando gálea aponeurótica ou substituto de dura-mater, ou ambos. (2) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo. (3) Instalação do estabilizador craniano de Fixador/tração crânio cervical para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais por via posterior. (4) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

Nome do Procedimento	1.57 - ESPONDILODISCITE/ABSCCESSO EPIDURAL (CERVICAL/TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO COM ARTRODESE POR VIA ANTERIOR (ISOLADA), VIA POSTERIOR (ISOLADA) OU VIA COMBINADA (ANTERIOR + POSTERIOR - 360°)	
Descrição do procedimento	Tratamento de espondilodiscite/abscesso epidural (cervical/torácico/lombar) com desbridamento, discectomia e/ou corpectomia, coleta de material para cultura, drenagem de abscesso epidural e descompressão medular/cauda equina, com substituição do um ou mais discos e/ou corpos vertebrais pelos cages interssomáticos ou de corpectomia (cervical ou toracolumbar) seguida de artrodeze/fixação das vértebras adjacentes (um nível acima e um nível abaixo), por via anterior	
CIDs do Procedimento	M46.2 M86.0-86.6	
Indicação	Espondilodiscite com ou sem abscesso epidural causando comprometimento sistêmico, instabilidade segmentar, deformidade significativa ou refratária ao tratamento conservador com antibioticoterapia.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, Coagulopatia descompensada,, patologias, cirurgias prévias ou alterações anatômicas que impossibilitem a abordagem da coluna pelo acesso cervical, trans-torácico, retropleural ou retroperitoneal por via anterior ou lateral	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.01-6	Artrodeze da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodeze de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.21-0	Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral ²	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ³	10A
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ³	12C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional) ⁴	8B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral ⁵	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ⁶	9B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁷	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁸	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁹	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGES INTERSSOMÁTICOS E/OU DE CORPECTOMIA (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR) PADRÃO OU EXPANSÍVEL ^A	01 a 02/segmento
	PLACA PARA FIXAÇÃO ANTERIOR/ANTEROLATERAL (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR)	01
	PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DE PLACA ANTERIOR	02/vértebra
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR ^B	01
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR) ^C	01
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL, PEDICULARES SÓLIDOS OU CANULADOS/PERCUTÂNEOS (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^D	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES ^E	02/vértebra
	BANDAS SUBLAMINARES ^E	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS ^F	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^G	02-04
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^H	01-02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^G	02-04
	ENXERTO SINTÉTICO DE BIOVIDRO ^I	01/segmento
	DISPOSITIVO DE LAVAGEM PULSATIL	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁸	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁸	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^J	01

	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^K	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^L	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁹	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de tratamento cirúrgico da osteomielite da coluna + código de artrodese + código de biópsia + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Uma corpectomia compreenderá 1x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28 -8) + 2x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 2x o de código hérnia discal – discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39-3), duas corpectomias compreenderão 2x o código de substituição do corpo vertebral (3.07.15.28- 8) + 3x o código de artrodese (3.07.15.02-4) e 3x o de código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0 ou 3.07.15.39-3)

OBS 4: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 6: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.
- (2) Caso uma corpectomia seja necessária.
- (3) Realização da resseção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com ou sem cage) ou para a realização da corpectomia (vide OBS 3).
- (4) Quando utilizado técnica cirúrgica envolvendo retirada de 1 ou mais arcos costais.
- (5) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.
- (6) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.
- (7) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.
- (8) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.
- (9) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

- (A) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage c/ parafuso/trava); LLIF (01 cage c/ parafuso/trava); Cage stand-alone cervical (01 cage + sistema interno de travas ou parafusos); Cage tradicional cervical (01 cage + placa anterior + parafusos da placa), Cage de corpectomia (cervical ou toraco-lombar) padrão ou expansível (01 cage + placa anterior/lateral) – **Preferível cages de titânio na vigência de infecção.**
- (B) Para acesso anterior da coluna cervical se necessário
- (C) Para acesso lateral da coluna toraco-lombar se necessário
- (D) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea
- (E) Os ganchos e as bandas podem ser utilizados em alguns níveis para uma construção híbrida
- (F) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.
- (G) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)..

(^{II}) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(^I) Enxerto de biovidro possui propriedades bacteriostáticas e bactericidas sendo então ideal na vigência de infecção (^J) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(^K) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em

Nome do Procedimento	1.58 — ESPONDILODISCITE/ABSCCESSO EPIDURAL (TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR SEM ARTRODESE	
Descrição do procedimento	Tratamento de espondilodiscite/abscesso epidural (torácico/lombar) com desbridamento, discectomia e lavagem discal, drenagem de abscesso epidural e descompressão medular/cauda equina e coleta de material para cultura por via posterior aberta ou tubular sem artrodeose	
CIDs do Procedimento	M46.2 M86.0-86.6	
Indicação	Espondilodiscite com ou sem abscesso epidural causando comprometimento sistêmico, instabilidade segmentar, deformidade significativa ou refratária ao tratamento conservador com antibioticoterapia.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.21-0	Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	AGULHA/CÁNULA DE BIÓPSIA VERTEBRAL (JAMSHIDI) ^A	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	DISPOSITIVO DE LAVAGEM PULSÁTIL	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de tratamento cirúrgico da osteomielite da coluna + código de artrodese + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Abordagem ao disco intervertebral com anulotomia e discectomia parcial para coleta de material e limpeza intra discal com soro fisiológico (²) Em caso de fistula liquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-
	existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) Abordagem ao disco intervertebral para limpeza intra discal com soro

Nome do Procedimento	1.59 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIA COM OU SEM INSTRUMENTAÇÃO PRÉVIA	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de ferida operatória infectada com desbridamento, drenagem de abscesso, limpeza com soro-fisiológico em abundância, coleta de material para cultura, retirada/troca de material de síntese se instrumentação prévia ou pseudoartrose. Com ou sem compressão medular/cauda equina pela coleção.	
CIDs do Procedimento	M46.2 M86.0-86.6	
Indicação	Ferida operatória infectada, com ou sem instrumentação prévia ou pseudoartrose.	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.21-0	Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	8B
3.01.01.28-0	Desbridamento cirúrgico - por unidade topográfica (UT)	3C
3.01.01.62-0	Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício	2B
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia – por unidade topográfica (UT)	2C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.24-5	Pseudoartrose de coluna - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ^{1/2}	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico ^{1/2}	12C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁴	3A
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ⁵	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	ENXERTO SINTÉTICO DE BIOVIDRO ^A	01/segmento
	DISPOSITIVO DE LAVAGEM PULSÁTIL	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de tratamento cirúrgico da osteomielite da coluna+ um dos código desbridamento + código de drenagem de abscesso + código de curativo + código de biópsia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso. OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Em caso de instrumentação prévia, com ou sem pseudoartrose, onde há a necessidade de troca/retirada do material de síntese. (2) Poderão ser usados concomitantemente apenas quando for realizada a nova artrodese 360°. (3) Instalação do estabilizador craniano de Fixador/tração crânio cervical para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais por via posterior. (4) Em caso de fistula liquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. (5) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs Caso haja necessidade de retirada e substituição da instrumentação prévia (por soltura, falha ou presença de biofilme), a relação de OPMEs deverá corresponder ao material já implantado ou ser acrescida conforme o número de níveis adjacentes previstos na programação cirúrgica (ex.: tratamento da cifose juncional proximal). (A) Enxerto de biovidro possui propriedades bacteriostáticas e bactericidas sendo então ideal na vigência de infecção

Nome do Procedimento	1.60 — RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para retirada de corpo estranho de qualquer natureza da coluna vertebral (projétil, arma branca, fragmentos de qualquer natureza, etc), com descompressão medular/cauda equina e tratamento do TRM (trauma raquimedular) associado	
CIDs do Procedimento	M50.9 S11.2 S11.7 S11.9 S14.2 T01.9 T06.0 T08 T09.1	
Indicação	Presença de (projétil, arma branca, fragmentos de qualquer natureza, etc) comprimindo a medula/cauda equina	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.31-8	Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular	14B
3.07.15.26-1	Retirada de corpo estranho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ¹	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ²	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
	Descrição	Quantidade

OPMEs	DISPOSITIVO DE LAVAGEM PULSÁTIL	01
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhar ferida operatória pelo risco de fistula e ou infecção, manter antibioticoterapia profilática.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos retirada de corpo estranho + código de laminectomia + código de descompressão medular ou cauda equina + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.	
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).	
	OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.	
	OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Em caso de fistula líquórica pós-traumática ou inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários. ⁽²⁾ A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	1.61 — RETIRADA DE IMPLANTES/PSEUDOARTROSE DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para tratamento de pseudoartrose de coluna vertebral, reposicionamento dos implantes se necessário e revisão da artrodese por via posterior, anterior ou combinada (360°)	
CIDs do Procedimento	B90.2 B91 C41.0 C41.2 C70.0 C70.1 C72.0 C72.1 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0 G60.0 G80.0 G80.1 G80.2 G80.8 G81.0 G81.1 G81.9 G81.0 G81.1 G81.9-G82.5 G95.2 G95.8 M06.9 M07.2 M14.6 M40.1-40.4 M41.0-M41.5 M41.9-42.1 M42.9 M43.0-43.6 M48.0 M96.0-96.6 T84.0-84.9 T91.1 T91.3 T91.8 T91.9	
Indicação	Cirurgia prévia com artrodese em pseudortrose sintomática e refratária ao tratamento conservador.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada,	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.24-5	Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico	9C
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico	8A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ²	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ²	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C

3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo ³	9B
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula líquórica ⁴	10C
3.07.09.01-6	Instalação de halo craniano ⁵	3A
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁶	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B

OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAGES INTERSSOMÁTICOS (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR) ^A	01- 02/segmento
	PLACA PARA FIXAÇÃO ANTERIOR/ANTEROLATERAL (CERVICAL OU TORACO-LOMBAR)	01
	PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO DE PLACA ANTERIOR	02/vértebra
	KIT AFASTADORES PARA CIRURGIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR ^B	01
	KIT ACESSO LATERAL (DILATADORES E AFASTADOR) ^C	01
	PARAFUSOS DE MASSA LATERAL, PEDICULARES SÓLIDOS	02/vértebra
	GANCHOS LAMINARES/PEDICULARES ^E	02/vértebra
	BANDAS SUBLAMINARES ^E	02/vértebra
	PARAFUSOS DE ILÍACO + CONECTORES E PORCAS F	02-04
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS	02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS SIMPLES, COM COMPONENTE OCCIPITAL ^G OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA ^H (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^I	02-04
	PLACA OCCIPITO-CERVICAL ^G	01
	PARAFUSOS P/ COMPONENTE CRANIANO/OCCIPITAL DA HASTE OU PLACA OCCIPITO- CERVICAL ^G	04-06
	CONECTOR TRANSVERSO (“CROSSLINK”) ^J	Até 02
	CONECTORES DE HASTES TIPO DOMINÓ ^{H/ 1}	Até 04
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁴	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁴	01
	KIT TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^K	01
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^L	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^M	01
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^N	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		

Resolubilidade	Alta
Seguimento	Mínimo de 6 meses com exames de imagem para acompanhar processo de artrodese
☒ Rastreabilidade	

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de pseudoartros + código da artrodese + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente.

OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

OBS 3: Em caso de uma cirurgia com vias de acesso combinadas anterior/posterior (360°), a codificação do primeiro tempo cirúrgico remunera 100% código principal e 50% dos códigos subsequentes, enquanto a codificação do segundo tempo (outra via de acesso) remunera 75% dos demais códigos (Diretrizes CBHPM). Desta forma, o pedido de cirurgia deverá conter separadamente quais códigos são pertinentes para cada via de acesso.

OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:

- I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
- II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.

OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.

(2) Realização da ressecção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com ou sem cage), usar o código conforme o segmento anatômico abordado.

(3) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo

(4) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.

(5) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

(A) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage c/ parafuso/trava); LLIF (01 cage c/ parafuso/trava); Cage stand-alone cervical (01 cage + sistema interno de travas ou parafusos); Cage tradicional cervical (01 cage + placa anterior+ parafusos da placa)

(B) Para acesso anterior da coluna cervical se necessário

(C) Para acesso lateral da coluna toraco-lombar se necessário

(D) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea

(E) Os ganchos e as bandas podem ser utilizados em alguns níveis para uma construção híbrida

(F) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.

(G) Necessidade de Fixação crânio-cervical

(H) Necessidade de Fixação cervico-torácica

(I) Podem ser utilizadas 4 hastes (com uso de conectores tipo dominó) para aumentar a estabilidade biomecânica da fixação em casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades, ou para fixação de regiões transicionais (ex: cervicotorácica)

(J) Para aumentar a estabilidade biomecânica em cirurgias abertas com espondilolistese de alto grau ou artrodese de 03 ou mais segmentos, podendo ser utilizados até 2 dispositivos em instrumentações mais extensas ou casos potencialmente mais instáveis como fraturas, tumores ou osteotomias para correção de deformidades.

(K) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.

(L) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões dursais.

(M) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

(N) Neuronavegador / Robô para casos com deformidades ou lesões complexas com instrumentação desafiadoras

Nome do Procedimento	1.62 — LESÃO VERTEBRAL - BIÓPSIA DE COLUNA	
Descrição do procedimento	Coleta de fragmento de tumor vertebral ou lesões inflamatórias/infecciosas vertebral ou discal (espondilodiscite) para elucidação diagnóstica	
CIDs do Procedimento	C41.2 C79.5 D16.4 D16.6 D48.0	
Indicação	Suspeita de lesão tumoral ou inflamatória/infecciosa.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	AGULHA/CÂNULA DE BIÓPSIA VERTEBRAL	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Conforme resultado da material	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.63 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUÓRICA (ABERTA)	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de fistula líquórica pós-operatória que não respondeu ao tratamento conservador. A técnica envolve reabertura da ferida operatória anterior, drenagem de coleção (líquórica, hematoma, infeccioso) com coleta de material para cultura e abordagem do local de lesão dural com reparo através de cola biológica ou selante, sutura simples ou duroplastia utilizando retalho autólogo e/ou substituto de dura-mater.	
CIDs do Procedimento		
Indicação	Fistula líquórica em pós-operatório de cirurgia da coluna sem reposta ao tratamento conservador ou de alto débito	
Caráter da Indicação	() Eletiva (X) Urgência (X) Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Mielografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica	10C
3.01.01.62-0	Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	KIT ACESSO TUBULAR (DILATADORES E AFASTADOR)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBS 1: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-operatório deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.64 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA CISTO SINOVIAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de cisto sinovial facetário por via endoscópica com descompressão do forame ou canal. Técnica minimamente invasiva que preserva as estruturas estabilizadoras e permite recuperação precoce.	
CIDs do Procedimento	M47.8 M51.1 M51.2 M99.5	
Indicação	- Radiculopatia por compressão neural causada por cisto sinovial - Dor lombar com irradiação persistente após tratamento clínico	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Instabilidade segmentar, infecção ativa local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Exame clínico, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.05-9	Cirurgia de coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.20-2	Microcirurgia para tumores extra-intradurais ¹	12B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide	3C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula líquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
MONOPORTAL ^A	ELETROCAUTÉRIO BIPOLAR ENDOSCÓPICO COM GERADOR PRÓPRIO PARA CIRURGIA ENDOSCÓPICA	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01

	EQUIPO DE BOMBA DE IRRIGAÇÃO A FLUXO + PRESSÃO	01
BIPORTAL ^A	ELETRODO DE PLASMA 90°	01
	ELETRODO DE PLASMA GANCHO	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e reavaliação em 30 dias	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de endoscopia + código do cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O Código de Endoscopia de Coluna refere-se a utilização de técnica endoscópica, com treinamento em videocirurgia e navegação/ triangulação intraoperatória, independente do objetivo cirúrgico (hérnia discal, cisto sinovial, estenose ou outros) e por este motivo deve ser somado ao eventual código de objetivo do tratamento cirúrgico proposto, mas cobrado apenas 01x por procedimento, enquanto os outros códigos devem ser cobrados por segmento realizado OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código recomendado para utilização no tratamento de cisto facetário (tumor benigno de origem degenerativa) (²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica, selante dural e substituto de duramater podem ser necessários.	
	(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs	

Nome do Procedimento	1.65 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA HÉRNIA DISCAL	
Descrição do procedimento	Remoção da hérnia de disco lombar, torácica ou cervical por via endoscópica. Técnica minimamente invasiva com menor dano tecidual e reabilitação mais rápida. Em caso de compressão medular com déficit motor, o caso deve ser considerado uma urgência neurológica cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M54.4	
Indicação	Hérnia discal com radiculopatia e/ou déficit neurológico, dor ciática ou braquialgia refratária ao tratamento conservador, síndrome da cauda equina por compressão de hérnia discal	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade vertebral significativa, infecção ativa	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.05-9	Cirurgia de coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide	3C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
4.08.11.02-6	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
2.02.02.04-0	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
MONOPORTAL ^A	ELETROCAUTERIO BIPOLAR ENDOSCÓPICO COM GERADOR PRÓPRIO PARA CIRURGIA ENDOSCÓPICA	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	EQUIPO DE BOMBA DE IRRIGAÇÃO A FLUXO + PRESSÃO	01
BIPORTAL ^A	ELETRODO DE PLASMA 90º	01
	ELETRODO DE PLASMA GANCHO	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Consultas pós-operatórias seriadas	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de endoscopia + código de hérnia de disco + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O Código de Endoscopia de Coluna refere-se a utilização de técnica endoscópica, com treinamento em videocirurgia e navegação/ triangulação intraoperatória, independente do objetivo cirúrgico (hérnia discal, cisto sinovial, estenose ou outros) e por este motivo deve ser somado ao eventual código de objetivo do tratamento cirúrgico proposto, mas cobrado apenas 01x por procedimento, enquanto os outros códigos devem ser cobrados por segmento realizado OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizar um ou outro, conforme localização da hérnia discal. Códigos excludentes entre si. (²) Em caso de fístula líquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula líquórica. Cola biológica e selante dural podem ser necessários.
	(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) A técnica utilizada será a de escolha do médico assistente.

Nome do Procedimento	1.66 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA ESTENOSE DA COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Descompressão de canal estreito por técnica endoscópica uniportal ou biportal ("over-the-top")	
CIDs do Procedimento	M48.0 M99.6	
Indicação	Pacientes com claudicação neurogênica, estenose de canal lombar de recesso ou central com dor e limitação funcional, déficit neurológico radicular, mielopatia ou claudicação neurogênica, falha do tratamento conservador	
Caráter da Indicação	(X) Eletivo () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica grave, infecção ativa	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada com reconstrução óssea, Ressonância Magnética lombar	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.05-9	Cirurgia de coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide	3C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMês	Descrição	Quantidade
MONOPORTAL ^A	ELETROCAUTÉRIO BIPOLAR ENDOSCÓPICO COM GERADOR PRÓPRIO PARA CIRURGIA ENDOSCÓPICA	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01/segmento
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	EQUIPO DE BOMBA DE IRRIGAÇÃO A FLUXO + PRESSÃO	01
BIPORTAL ^A	ELETRODO DE PLASMA 90º	01
	ELETRODO DE PLASMA GANCHO	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01/segmento
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia ambulatorial e controle clínico	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de endoscopia + código da descompressão + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O Código de Endoscopia de Coluna refere-se a utilização de técnica endoscópica, com treinamento em videocirurgia e navegação/ triangulação intraoperatória, independente do objetivo cirúrgico (hérnia discal, cisto sinovial, estenose ou outros) e por este motivo deve ser somado ao eventual código de objetivo do tratamento cirúrgico proposto, mas cobrado apenas 01x por procedimento, enquanto os outros códigos devem ser cobrados por segmento realizado OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizar um ou outro, conforme localização da hérnia discal. Códigos excludentes entre si. (²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica e selante dural podem ser necessários.
	(³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) A técnica utilizada será a de escolha do médico assistente.

Nome do Procedimento	1.67 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA DISCITE INFECCIOSA	
Descrição do procedimento	Procedimento minimamente invasivo para biópsia, drenagem e desbridamento de disco vertebral acometido por infecção.	
CIDs do Procedimento	M46.3 M86.0	
Indicação	Discite bacteriana confirmada ou suspeita, coleta de material para cultura e drenagem de abscesso epidural. Importante para diagnóstico etiológico e redução da carga infecciosa local.	
Caráter da Indicação	() Eletivo (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade hemodinâmica grave	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética, Hemocultura, PCR/VHS	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.05-9	Cirurgia de coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.21-0	Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica ²	10C
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	7C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ³	11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
MONOPORTAL ^A	ELETROCAUTÉRIO BIPOLAR ENDOSCÓPICO COM GERADOR PRÓPRIO PARA CIRURGIA ENDOSCÓPICA	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	EQUIPO DE BOMBA DE IRRIGAÇÃO A FLUXO + PRESSÃO	01
BIPORTAL ^A	ELETRODO DE PLASMA 90º	01
	ELETRODO DE PLASMA GANCHO	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE	01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA	01
	PONTEIRA DE ELETROCAUTÉRIO EM GANCHO	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Antibioticoterapia guiada por cultura e controle clínico-laboratorial	
☒ Rastreabilidade		

	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de endoscopia + código de osteomielite da coluna + código de biópsia + código da radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. Comentários OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O Código de Endoscopia de Coluna refere-se a utilização de técnica endoscópica, com treinamento em videocirurgia e navegação/ triangulação intraoperatória, independente do objetivo cirúrgico (hérnia discal, cisto sinovial, estenose ou outros) e por este motivo deve ser somado ao eventual código de objetivo do tratamento cirúrgico proposto, mas cobrado apenas 01x por procedimento, enquanto os outros códigos devem ser cobrados por segmento realizado OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Adordagem ao disco intervertebral com anulotomia e discectomia parcial para coleta de material e limpeza intra discal com soro fisiológico
	(²) Em caso de fistula líquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula líquórica. Cola biológica e selante dural podem ser necessários. (³) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs (^A) A técnica utilizada será a de escolha do médico assistente.

Nome do Procedimento	1.68 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL COM ARTRODESE		
Descrição do procedimento	Cirurgia da coluna realizada por via endoscópica para discectomia, estenose de canal/foraminal, descompressão, infecções, ou retirada de lesões de canal como cisto sinovial, associada a artrodeose dos níveis vertebrais desejados, por técnica percutânea, habitualmente com cages e parafusos percutâneos		
CIDs do Procedimento	M42.9 M46.3 M47.0 M47.1 M47.2 M47.8 M50.0 M50.1 M50.2 M50.3 M50.8 M51.0 M51.1 M51.2 M51.3 M51.8 M99.5 M99.7 S33.0		
Indicação	Hérnia discal com compressão de estruturas nervosas e/ou com dor discogênica intratável, estenose de canal ou foraminal/Descompressão Ressecção de cisto sinovial e outras lesões à esclarecer		
Caráter da Indicação	(X) Eletivo () Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica		
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.15.05-9	Cirurgia de coluna por via endoscópica		11A
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹		10A
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento		10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina		9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia		9C
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento ²		12C
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico ²		12C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide		3C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica ³		10C
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴		11B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
MONOPORTAL ^A	ELETROCAUTÉRIO BIPOLAR ENDOSCÓPICO COM GERADOR PRÓPRIO PARA CIRURGIA ENDOSCÓPICA		01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE		01/segmento
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA		01
	EQUIPO DE BOMBA DE IRRIGAÇÃO A FLUXO + PRESSÃO		01
BIPORTAL ^A	ELETRODO DE PLASMA 90º		01
	ELETRODO DE PLASMA GANCHO		01
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO CORTANTE		01/segmento
	CÂNULA DE DEBRIDAÇÃO DIAMANTADA		01
	CAGE INTERSOMÁTICO EXPANSÍVEL		01/segmento
	PARAFUSOS PEDICULARES CANULADOS/PERCUTÂNEOS		02/vértebra
	BLOQUEADORES OU PORCA TRAVAS		02/vértebra
	HASTES LONGITUDINAIS		02
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ²		01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴		01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade			
Seguimento			
Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória			
☒ Rastreabilidade			

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da endoscopia de coluna + código de hérnia de disco (discectomia) + códigos de artrodese + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O Código de Endoscopia de Coluna refere-se a utilização de técnica endoscópica, com treinamento em videocirurgia e navegação/ triangulação intraoperatória, independente do objetivo cirúrgico (hérnia discal, cisto sinovial, estenose ou outros) e por este motivo deve ser somado ao eventual código de objetivo do tratamento cirúrgico proposto, mas cobrado apenas 01x por procedimento, enquanto os outros códigos devem ser cobrados por segmento realizado OBS 4: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);
	II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 5: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹)Realização da ressecção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com cage). (²) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas. (³)Em caso de fistula liquórica inadvertida intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. Cola biológica ou selante dural podem ser necessários. (⁴) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré- existente). Ressalta-se que o código será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica. OPMEs

Nome do Procedimento	1.69 — INFILTRAÇÃO/BLOQUEIO DE COLUNA (DOR AXIAL E/OU RADICULAR)	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado com anestésico local e/ou corticoide nas articulações facetárias (intra-articular), ramo medial do ramo dorsal, intradiscas, forames e espaço peridural da coluna vertebral no tratamento das dores axiais ou radiculares de coluna vertebral. Também utilizado para controle de dor sacrococcígea. Também é o procedimento utilizado “como infiltração facetária utilizando anestésico local” no que se refere a DUT 62 da ANS, ou dispositivo subsequente que o substitua. Em caso de dor aguda/crise refratária aos tratamentos medicamentosos, o caso deve ser considerado uma urgência.	
CIDs do Procedimento	M542, S134, M546, S233, M545, S335, S337	
Indicação	Controle de dor axial e/ou radicular, dor do cóccix	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva (X) Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
4.08.13.36-3	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular ¹	5A
3.14.03.03-4	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento ²	9C
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide ³	3C
3.16.02.12-6	Bloqueio facetário para-espinal ¹	4C
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco (por músculo)	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL DE CANULA INFUSORA INTEGRADA COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO	01 cânula/nível até máximo de 04
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de infiltração e/ou denervação + código de Radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Estes códigos serão multiplicados pelo número de articulações facetárias (intra-articular) e neuroforames infiltrados/bloqueados (Duas articulações facetárias e dois forames por nível). (²) Denervação do ramo medial da raiz dorsal (Luska) associado à infiltração intra-articular facetária. Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais denervados (³) Este código será cobrado uma única vez por procedimento.	

Nome do Procedimento	1.70 — CRIODENERVAÇÃO FACETÁRIA POR SEGMENTO		
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a criodenervação ramo medial do ramo dorsal no controle da dor facetária.		
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 – síndrome facetária		
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência		
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.14.03.03-4	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento ¹		9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT CÂNULA DESCARTÁVEL DE CRIODENERVAÇÃO (02 INTRODUTORES CANULADOS)		01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica		
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).		
	OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.		
SOBRE AS CODIFICAÇÕES			
(¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais denervados			

Nome do Procedimento	1.71 — DENERVAÇÃO DE FACETAS POR MÉTODO QUÍMICO	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para denervação do ramo medial do ramo dorsal no controle da dor facetária por método químico (álcool, fenol, ozônio).	
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, M53.3, 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 – síndrome facetária	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.03-4	Denervação percutânea de faceta articular – por segmento ¹	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
	Descrição	Quantidade
OPÇÃO 1	KIT DESCARTÁVEL DE CANULA INFUSORA INTEGRADA COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO	01 cânula/nível até máximo de 04
	SOLUÇÃO NEUROLÍTICA (GLICEROL, ÁLCOOL ABSOLUTO, OUTROS)	20 ml
OPÇÃO 2 *	KIT CÂNULAS DESCARTÁVEIS PARA APLICAÇÃO DE OZÔNIO *	01 cânula/nível até máximo de 04
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE OPMEs *Caso optado por esta metodologia ao invés de solução neurolítica. Automaticamente excludente em relação à opção 1. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais abordados	

Nome do Procedimento	1.72 — RIZOTOMIA DE FACETAS POR RADIOFREQUÊNCIA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a rizotomia do ramo medial do ramo dorsal no controle da dor facetaria. Deve ser solicitado em cumprimento da DUT 62, ou substituta da mesma, pela ANS	
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 – síndrome facetária	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método ¹	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT CÂNULA DESCARTÁVEL DE RIZOTOMIA POR RADIOFREQUÊNCIA (2 CÂNULAS)	01 cânula para cada nível vertebral, com limite de 04 cânulas por abordagem
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica	
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).	
	OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais abordados		

Nome do Procedimento	1.73 — 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 ainda não há o implante de gerador para estimulação elétrica	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Teste de analgesia e determinação de alvo para estimulação.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoídeo 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
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.74 — 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	Teste de analgesia e determinação de alvo para estimulação.	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral ¹	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 Subaracnoídeo c/ bloqueio de prova ¹	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	01-02
	CABOS EXTENSORES	02
	NEUROESTIMULADOR NAO-RECARREGAVEL OU RECARREGAVEL (INCLUINDO KIT DE RECARGA)	01
	CONTROLE PESSOAL DE TERAPIA DO PACIENTE	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica	
	OBS 2: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(1) Caso o eletrodo implantado em definitivo for o mesmo eletrodo teste, não cobrar este código nesta etapa.	

Nome do Procedimento	1.75 — 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	01
	KIT ELETRODO DE NEUROESTIMULAÇÃO PERCUTÂNEO	01-02
	CABOS EXTENSORES	02
LAMINOPLASTIA	FRESA PARA LAMINOTOMIA OU PIEZOELÉTRICO	01
	MINIPLACA	02/Vértebra aberta
	PARAFUSOS AUTOMACHEÁVEIS P/ CADA LÂMINA VERTEBRAL ABERTA	04
	HEMOSTÁTICOS	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vértebras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.76 — 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
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	01-02
	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	KIT LAMINOPLASTIA (SE OPÇÃO POR LAMINOTOMIA)	01
	NEUROESTIMULADOR NAO-RECARREGAVEL OU RECARREGAVEL (INCLUINDO KIT DE RECARGA)	01
CONTROLE PESSOAL DE TERAPIA DO PACIENTE		01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica	
	OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).	
	OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.77 — 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 eficiência do sistema de neuroestimulação	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	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	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: 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) OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.78 — 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	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	HEMOSTÁTICO	01
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	KIT LAMINOPLASTIA (SE OPÇÃO POR LAMINOTOMIA)	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL 5 ML	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser exatamente como está nesta tabela, pois todas as etapas/códigos são realizadas nesta técnica OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	

Nome do Procedimento	1.79 — DISCECTOMIA PERCUTÂNEA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado de forma percutânea onde se faz uma discectomia mecânica, associada ou não a eletrocoagulação do disco/ânulo para o tratamento da doença discal compressiva em pequenas compressões sintomáticas (protusões) e/ou para o tratamento da dor discogênica.	
CIDs do Procedimento	M519, M544, M545	
Indicação	Controle de dor axial e/ou radicular, de origem discal	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
4.08.14.09-2	Osteoplastia ou Discectomia Percutânea ¹	9A
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide ²	3C
3.16.02.12-6	Bloqueio facetário para-espinhoso ³	4C
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco (por músculo)	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1	KIT DESCARTÁVEL DE DISCECTOMIA PERCUTÂNEA	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de discectomia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I- Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II- Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Estes códigos serão multiplicados pelo número de segmentos vertebrais (discos) operados.. (2) Este código será cobrado uma única vez por procedimento (3) Este código será multiplicado pelo número de segmentos/níveis bloqueados	

Nome do Procedimento	1.80 — DISCOGRAFIA LOMBAR	
Descrição do procedimento	Procedimento de exceção, realizado sob sedação leve, para a pesquisa e identificação de dor de origem discogênica, realizado de forma percutânea, com infusão de contraste com cânula fina por duplo agulhamento sob pressão no interior do(s) disco(s) vertebral(is), buscando simular o padrão de dor apresentado previamente pelo paciente	
CIDs do Procedimento	M519, M544, M545,	
Indicação	Controle de dor axial e/ou radicular, de origem discal	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
4.08.14.10-6	Discografia ¹	4A
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide ²	3C
3.16.02.12-6	Bloqueio facetário para-espinhoso ³	4C
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco (por músculo)	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
	Descrição	Quantidade
OPMEs	KIT DESCARTÁVEL DE DISCOGRAFIA	01
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de discografia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I- Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II- Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Estes códigos serão multiplicados pelo número de segmentos vertebrais (discos) operados. (2) Este código será cobrado uma única vez por procedimento (3) Este código será multiplicado pelo número de segmentos/níveis bloqueados	

Nome do Procedimento	1.81 — OZONIOTERAPIA PARA CONTROLE DE DOR OSTEOMUSCULAR DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado de forma percutânea para controle de dor discogênica e/ou osteomuscular de coluna através da aplicação de ozônio de forma sequencial nas estruturas osteomusculares da coluna: intradiscal, facetária, epidural, neuroforames, músculos adjacentes.	
CIDs do Procedimento	M51.9, M54.4, M54.5	
Indicação	Controle de dor osteomuscular da coluna vertebral conforme <u>Resolução CFM nº 2.445/2025</u> , inclusive hérnia de disco (protusa) causando dor discogênica	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva () Urgência () Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico ¹	12C
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico ¹	10A
4.08.13.36-3	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular ²	5A
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide ³	3C
3.16.02.12-6	Bloqueio facetário para-espinhoso ²	4C
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho ou agulhamento seco (por músculo) ³	3A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
	Descrição	Quantidade
OPMEs	KIT CÂNULAS DESCARTÁVEIS PARA APLICAÇÃO DE OZÔNIO	01 cânula/nível até máximo de 04
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto: 1 dia
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código de hérnia + código de radioscopia + uma ou mais etapas cirúrgicas a serem realizadas no mesmo tempo anestésico, conforme os objetivos cirúrgicos, e em ordem de prioridade/gravidade das patologias concomitantes que se deseja resolver sequencialmente. OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordadas na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares). OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme: I- Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica); II- Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido. OBS 4: Todas as etapas cirúrgicas solicitadas no pré-op deverão estar devidamente descritas no relatório cirúrgico final para validar a veracidade de sua execução. Caso contrário, pode haver glosa do código não descrito no relatório. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Estes códigos serão multiplicados pelo número de segmentos vertebrais (discos) operados. Normalmente são códigos excludentes, exceto que forem realizados em segmentos diferentes da coluna vertebral no mesmo ato anestésico. (2) Este código será cobrado uma única vez por procedimento. (3) Este código será multiplicado pelo número de segmentos/níveis.	

2 – CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO (SBCOC)

Nome do Procedimento	2.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA TRAUMÁTICA DO TENDÃO DO PEITORAL MAIOR E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A ruptura traumática do tendão do peitoral maior ocorre quando as fibras tendíneas que se inserem no úmero rompem parcial ou totalmente. É uma lesão frequentemente associada a esforços intensos e movimentos excêntricos, como levantamento de peso (ex.: supino). Pode ser acompanhada de lesões musculares adjacentes e alterações articulares, dependendo da gravidade do trauma. O reparo cirúrgico visa restaurar a força e a funcionalidade do membro superior, permitindo o retorno a atividades esportivas ou ocupacionais e minimizando limitações a longo prazo.	
CIDs do Procedimento	S46.7 S46.8 S46.9 M75.8 M75.9	
Indicação	Ruptura traumática do tendão do peitoral maior	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.03.06-9	Grande peitoral (pectoralis major)	12B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.19.24-0	Sinovectomia	7C
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.35.15-7	Neurólise	11A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	3
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO ^	3
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS C/ AGULHA	3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) A opção entre os implantes de fixação é de escolha do cirurgião	

Nome do Procedimento	2.2 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCÁPULA ALADA - ABERTO	
Descrição do procedimento	A escápula alada ocorre devido à fraqueza, paralisia ou lesão do músculo serrátil anterior ou do nervo torácico longo, levando à protuberância anormal da escápula durante o movimento do braço. O tratamento cirúrgico aberto é indicado em casos graves ou refratários ao tratamento conservador, onde a disfunção causa dor significativa, limitação funcional ou deformidade estética acentuada.	
CIDs do Procedimento	M21.8 G54.0 G56.0 M62.5	
Indicação	Escápula alada	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas	6C
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	3
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO	3
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS C/ AGULHA	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CREPITAÇÃO ESCAPULAR - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	A crepitação escapular, também conhecida como síndrome da escápula em ressalto ou "snapping scapula", é caracterizada por ruídos ou sensação de atrito durante os movimentos do ombro, frequentemente associados a dor. Isso pode ser causado por anomalias ósseas, inflamação dos tecidos moles subescapulares, ou bursite escapulotorácica. O tratamento artroscópico é uma abordagem minimamente invasiva indicada para casos refratários ao manejo conservador.	
CIDs do Procedimento	M75.8 M75.5 M94.8 M77.8 M21.8	
Indicação	Crepitação escapular	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente.	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.4 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME COMPRESSIVA DO NERVO SUPRAESCAPULAR E CISTO PARALABRAL	
Descrição do procedimento	Tratamento artroscópico de cisto paralabral, síndrome compressiva do nervo supraescapular e lesões associadas	
CIDs do Procedimento	M75.8 M75.9 G56.9	
Indicação	Síndrome compressiva do nervo supraescapular decorrente de lesão labral e cisto paralabral	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Eletroneuromiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.31.04-6	Cisto sinovial - tratamento cirúrgico	3B
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas	6C
3.07.19.24-0	Sinovectomia	7C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL	3
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA E LESÕES ASSOCIADAS - OSTEOSSÍNTESE	
Descrição do procedimento	Realização de fixação interna para estabilização de fraturas deslocadas da clavícula, associada à reparação de lesões do nervo supraclavicular e manejo de danos a vasos e estruturas adjacentes, com objetivo de restaurar a anatomia, função e integridade neurovascular.	
CIDs do Procedimento	S42.0 S44.9 S45.9 S45.9 S46.9 S46.9	
Indicação	Fraturas deslocadas da clavícula associadas a lesões do nervo supraclavicular e de vasos e estruturas adjacentes.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	8C
3.14.03.18-2	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise	12C
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA P/ CLAVÍCULA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	4
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO	4
	PLACA EM L/T 2,7mm AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TERÇO LATERAL DA CLAVÍCULA E LESÕES ASSOCIADAS - OSTEOSSÍNTESE		
Descrição do procedimento	Realização de fixação interna para estabilização de fraturas deslocadas do terço distal e articular da clavícula, associada à reparação de lesões do nervo supraclavicular e manejo de danos a vasos e estruturas adjacentes, com objetivo de restaurar a anatomia, função e integridade.		
CIDs do Procedimento	S42.0 S44.9 S45.9 S45.9 S46.9 S46.9		
Indicação	Fraturas deslocadas do terço lateral e articulares da clavícula associadas a lesões do nervo supraclavicular e de vasos e estruturas adjacentes.		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico		8C
3.14.03.18-2	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise		12C
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos		9C
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea		8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs			Quantidade
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA P/ CLAVÍCULA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS BLOQUEADOS		1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO		1
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO		1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO		2
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO		3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento			
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	2.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	O tratamento artroscópico da artrose da articulação acromioclavicular, baseado na técnica de Mumford, consiste na ressecção do terço distal da clavícula (aproximadamente 5 a 8 mm) por via artroscópica, preservando a cápsula articular e os ligamentos coracoclaviculares. A abordagem é realizada geralmente via portal artroscópico posterior e anterossuperior, permitindo visualização direta da articulação acromioclavicular e tratamento simultâneo de lesões associadas, como bursite subacromial ou lesões do manguito rotador. A técnica visa eliminar o contato articular degenerativo, reduzir a dor e preservar a estabilidade articular.	
CIDs do Procedimento	M75.7 M75.9 M19.8 M94.8	
Indicação	Tratamento de artrose sintomática da articulação acromioclavicular e lesões associadas	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.35.16-5	Osteocondroplastia	10A
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.35.03-3	Acromioplastia	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR AGUDA E LESÕES ASSOCIADAS - ABERTO	
Descrição do procedimento	Realização de fixação interna para estabilização de luxação acromioclavicular deslocada, associada à reparação de lesões do nervo supraclavicular e manejo de danos a vasos e estruturas adjacentes, com objetivo de restaurar a anatomia, função e integridade.	
CIDs do Procedimento	S43.1 S44.9 S45.9 S45.9 S46.9 S46.9	
Indicação	Luxação acromioclavicular desviada e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.22.48-9	Ligamentoplastia com âncora	11B
3.14.03.18-2	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise	12C
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO	2
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO	3
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO	2
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS C/ AGULHA	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR AGUDA E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	Realização de fixação interna por artroscopia para estabilização de luxação acromioclavicular deslocada, associada à reparação de lesões associadas e manejo de danos a vasos e estruturas adjacentes, com objetivo de restaurar a anatomia, função e integridade.	
CIDs do Procedimento	S43.1 S44.9 S45.9 S45.9 S46.9 S46.9	
Indicação	Luxação acromioclavicular desviada e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.35.07-6	Instabilidade multidirecional	10C
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.22.48-9	Ligamentoplastia com âncora	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO	3
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE POLIESTER TRANCADO NAO ABSORVIVEIS	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.10 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA NECROSE AVASCULAR DO OMBRO E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da necrose avascular do ombro, especialmente da cabeça umeral, varia conforme o estágio da doença e a presença de lesões associadas, como degeneração da cartilagem glenoidal ou comprometimento do manguito rotador. Em estágios iniciais, pode-se optar por descompressão central da cabeça umeral ou enxertia óssea. Nos casos avançados com colapso da superfície articular, a substituição protética com hemiartroplastia, artroplastia total ou reversa do ombro é indicada, conforme a integridade do manguito rotador. O objetivo é aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a progressão da degeneração articular. A escolha da técnica depende da avaliação clínica, funcional e radiográfica do paciente.	
CIDs do Procedimento	M87.9 M87.8 M75.8 M75.9	
Indicação	Falha no tratamento conservador	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.22-1	Artroplastia total	11C
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula	10C
3.06.02.40-8	Capsulectomia - ressecção de cápsula de prótese - unilateral	7C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.36.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Quantidade	
	KIT PRÓTESE TOTAL DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE GLENOIDAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM ACO, 01 COMPONENTE UMERAL EM ACO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO DO OMBRO, LESÕES PARCIAIS DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS		
Descrição do procedimento	O tratamento artroscópico consiste na descompressão subacromial por bursectomia e, se necessário, acromioplastia para aumentar o espaço subacromial e reduzir o atrito entre o acrômio e o tendão. As lesões parciais do manguito podem ser tratadas com desbridamento ou sutura, conforme profundidade e extensão (classificação de Ellman). Em casos de tendinopatia calcária, realiza-se remoção dos depósitos. Lesões associadas, como alterações na articulação acromioclavicular ou instabilidade labral, também podem ser abordadas no mesmo ato cirúrgico. O objetivo é restaurar a função, aliviar a dor e prevenir progressão das lesões.		
CIDs do Procedimento	M75.0 M75.1 M75.2 M75.3 M75.4 M75.5 M75.8 M75.9		
Indicação	Dor e impacto do manguito rotador. Falha no tratamento conservador.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.35.06-8	Reparo artroscópico da ruptura manguito rotador (transfixante/completa ou parcial de 1 tendão)		10C
3.07.35.03-3	Acromioplastia		9C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica		9C
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula		9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico		3C
OPMEs	Descrição		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER		2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR		1
	CÂNULAS		3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS		1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO		2
	EQUIPO BOMBA		1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^		3
	ÂNCORA METÁLICA ^		3
DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA		1	
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal		
Rastreabilidade			
Comentários	OPMEs (^A) A escolha entre a âncora bioabsorvível e metálica é de escolha do cirurgião		

Nome do Procedimento	2.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DÉFICIT DE ROTAÇÃO INTERNA GLENOUMERAL (GIRD) - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	O procedimento consiste na liberação artroscópica da cápsula posterior por via posterior e pósterio-inferior, com ressecção ou capsulectomia seletiva sob visualização direta, preservando estruturas estabilizadoras. Pode ser associado à desbridamento ou reparo de lesões labrais posteriores ou SLAP, frequentemente presentes. A técnica visa restaurar a mobilidade glenoumeral, reduzir o impacto interno e prevenir recorrência de lesões por sobrecarga. A reabilitação precoce é essencial para o retorno funcional.	
CIDs do Procedimento	M75.0 M75.8 M75.9	
Indicação	Déficit de Rotação Interna Glenoumeral (GIRD)	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente.	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.13 — HEMIARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL	
Descrição do procedimento	A hemiartroplastia glenoumeral é uma cirurgia em que apenas a cabeça do úmero é substituída por uma prótese, enquanto a glenoide é preservada. É indicada para tratar condições que afetam a cabeça umeral sem comprometer significativamente a glenoide, como fraturas graves, artrite avançada da cabeça do úmero ou necrose avascular. Essa abordagem preserva a anatomia natural sempre que possível, mantendo a funcionalidade do ombro.	
CIDs do Procedimento	M87.9 M87.8 M75.8 M75.9 S42.2	
Indicação	Osteonecrose da cabeça do umero, Fratura de umero proximal	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.02-7	Artroplastia parcial	11A
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula	10C
3.06.02.40-8	Capsulectomia - ressecção de cápsula de prótese - unilateral	7C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.33.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE PARCIAL DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE CEFÁLICO + 01 COMPONENTE UMERAL E 01 DOSE DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE GLENOUMERAL E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A cirurgia para tratar a artrose glenoumeral e lesões associadas é realizada para aliviar a dor, melhorar a função do ombro e corrigir danos nas estruturas articulares. Existem diferentes abordagens cirúrgicas, dependendo da gravidade da artrose, do nível de comprometimento funcional e das condições associadas.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9 M75.8 M75.9	
Indicação	Artropatia glenoumeral	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame físico, radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.22-1	Artroplastia total	11C
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula	10C
3.06.02.40-8	Capsulectomia - ressecção de cápsula de prótese - unilateral	7C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.36.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE GLENOIDAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM ACO, 01 COMPONENTE UMERAL EM ACO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROSE GLENOUMERAL E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	A cirurgia artroscópica para artrose glenoumeral é indicada em casos iniciais ou moderados da doença, quando há dor significativa e limitação funcional, mas sem necessidade de substituição total da articulação. É uma abordagem minimamente invasiva que permite tratar a inflamação, remover fragmentos soltos e corrigir lesões associadas, como impacto subacromial ou lesões do manguito rotador.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9 M75.8 M75.9	
Indicação	Artropatia glenoumeral	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula	10C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente.	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA GLENOUMERAL - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	A artrite séptica glenoumeral é uma infecção grave da articulação do ombro causada por bactérias, fungos ou outros patógenos, que leva à destruição da cartilagem articular se não tratada. O tratamento artroscópico é indicado em casos onde o diagnóstico é confirmado e a articulação precisa ser drenada e limpa de maneira minimamente invasiva para controle da infecção.	
CIDs do Procedimento	M00.0 M00.1 M00.8	
Indicação	Artrite Séptica glenoumeral	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, laboratorio	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.01-5	Artrite séptica - tratamento cirúrgico¹	9A
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente.	4C
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
OPMEs		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade	

Nome do Procedimento	2.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE GLENOUMERAL POSTERIOR TRAUMÁTICA E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A cirurgia de instabilidade glenoumeral posterior traumática e lesões associadas visa estabilizar a articulação do ombro após episódios de luxação posterior, que são menos comuns que as anteriores, mas frequentemente associadas a traumas de alta energia, convulsões ou epilepsia. A abordagem depende da gravidade da lesão, das estruturas acometidas e do tempo de evolução (aguda ou crônica). Instabilidade Glenoumeral Posterior Traumática - procedimento de Bankart reverso e McLaughlin	
CIDs do Procedimento	M75.8 M75.9 S43.0 S43.3 S43.4 S43.7	
Indicação	Instabilidade posterior traumática do ombro e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.35.05-0	Instabilidade glenoumeral, por via artroscópica	10C
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.35.07-6	Instabilidade multidirecional	10C
3.07.35.20-3	Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral	11A
3.07.19.24-0	Sinovectomia	7C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.11-4	Cobertura do defeito de Hill-Sachs (cirurgia de Remplissage)	10C
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^	5
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Previsto o uso de 3 âncoras de instabiliade para o reparo de Bankart e 2 âncoras de manguito rotador para o procedimento de Remplissage	

Nome do Procedimento	2.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE GLENOUMERAL ANTERIOR TRAUMÁTICA E LESÕES ASSOCIADAS - ABERTO (LATARJET)		
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da instabilidade glenoumeral anterior traumática pelo procedimento de Latarjet aberto consiste na transferência do processo coracoide, com o tendão conjunto, para a borda ântero-inferior da glenoide, visando aumentar a superfície óssea e criar um efeito de bloqueio dinâmico contra novas luxações. A técnica envolve osteotomia da coracoide, preparo da glenoide com fresagem da borda anterior, fixação do enxerto com dois parafusos corticais e cuidado na preservação do nervo musculocutâneo. Está indicada em casos de perda óssea glenoidal significativa, falhas de reparo prévio ou instabilidade recorrente. O procedimento oferece alta taxa de estabilidade, sendo fundamental a reabilitação controlada no pós-operatório.		
CIDs do Procedimento	M75.1 M75.8 M75.9 S43.0 S43.3 S43.4 S43.7		
Indicação	Patologias osteoneuromiotendíneas que gerem instabilidade do ombro		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.17.11-6	Tratamento cirúrgico aberto de luxações crônicas ou e recidivantes		10B
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico		8A
3.07.35.20-3	Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral		11A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo		9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)		11A
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula		10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	ARRUELA LISA EM AÇO		2
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		2
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO ^A		2
	FIO GUIA		2
	PARAFUSO MALEOLAR EM AÇO ¹		2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	OPMEs (^A) O cirurgião pode optar entre o parafuso canulado e o parafuso maleolar		

Nome do Procedimento	2.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE GLENOUMERAL ANTERIOR TRAUMÁTICA E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO (BANKART E REMPLISSAGE)	
Descrição do procedimento	O tratamento artroscópico da instabilidade glenoumeral anterior traumática com lesões associadas envolve a realização da técnica de Bankart, com reinserção do lábio anterior e cápsula na glenoide, utilizando âncoras absorvíveis ou metálicas, restabelecendo a estabilidade capsulolabral. Em casos com lesão de Hill-Sachs engajada, associa-se o procedimento de Remplissage, que consiste na fixação do tendão do infraespinal e cápsula posterior ao defeito ósseo humeral, promovendo preenchimento do impacto e impedindo o travamento anterior. Essa abordagem combinada é indicada em pacientes com instabilidade recorrente e defeito bipolar moderado, permitindo estabilização eficaz com mínima morbidade e preservação da amplitude funcional.	
CIDs do Procedimento	M75.1 M75.8 M75.9 S43.0 S43.3 S43.4 S43.7	
Indicação	Instabilidade anterior traumática do ombro e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.05-0	Instabilidade glenoumeral, por via artroscópica	10C
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.35.07-6	Instabilidade multidirecional	10C
3.07.35.20-3	Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral	11A
3.07.19.24-0	Sinovectomia	7C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.11-4	Cobertura do defeito de Hill-Sachs (cirurgia de Remplissage)	10C
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^A	5
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs ^(A) Previsto o uso de 3 âncoras de instabilidade para o reparo de Bankart e 2 âncoras de manguito rotador para o procedimento de Remplissage	

Nome do Procedimento	2.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE GLENOUMERAL ANTERIOR TRAUMÁTICA E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO (LATARJET)		
Descrição do procedimento	O tratamento artroscópico da instabilidade glenoumeral anterior traumática com lesões associadas pela técnica de Latarjet consiste na transferência do processo coracoide, com o tendão conjunto, para a borda ântero-inferior da glenoide, utilizando abordagem totalmente artroscópica. Após osteotomia e preparação do enxerto, realiza-se a perfuração e fixação com parafusos, sob visualização intra-articular, promovendo aumento da superfície glenoidal e efeito de sling dinâmico. Está indicada em casos com perda óssea significativa, falha de reparo prévio ou instabilidade com lesão de Hill-Sachs engajada. A via artroscópica oferece menor agressão tecidual, melhor visualização e permite tratamento simultâneo de lesões associadas, como SLAP ou lesões do manguito.		
CIDs do Procedimento	M75.1 M75.8 M75.9 S43.0 S43.3 S43.4 S43.7		
Indicação	Instabilidade anterior traumática do ombro e lesões associadas.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.35.05-0	Instabilidade glenoumeral, por via artroscópica		10C
3.07.35.04-1	Lesão labral		10C
3.07.35.07-6	Instabilidade multidirecional		10C
3.07.35.20-3	Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral		11A
3.07.19.24-0	Sinovectomia		7C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica		11B
3.07.35.11-4	Cobertura do defeito de Hill-Sachs (cirurgia de Remplissage)		10C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico		9A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo		9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER		2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR		1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA		2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS		1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO		2
	EQUIPO BOMBA		1
	PARAFUSO DE LATARJET ^		2
	FIO GUIA		2
	KIT LATARJET DESCARTÁVEL^		1
	TOP HAT		2
	GUIA DE ENXERTO LATARJET		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal		
Rastreabilidade			
Comentários	OPMEs (^A) Parafusos de Latarjet são parafusos canulados específicos para o kit Latarjet (^B) O kit Latarjet descartável é variável conforme cada empresa		

Nome do Procedimento	2.21 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE GLENOUMERAL ANTERIOR TRAUMÁTICA E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO (BANKART)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da instabilidade glenoumeral anterior traumática pela técnica artroscópica de Bankart consiste na reinserção do lábio glenoidal anteroinferior e cápsula articular à margem da glenoide, utilizando âncoras com fios de sutura para restaurar a tensão capsulolabral e a estabilidade articular. É indicado em casos de instabilidade anterior sem perda óssea significativa e pode ser associado ao tratamento de lesões concomitantes, como SLAP ou lesões do manguito rotador. A via artroscópica proporciona menor morbidade, melhor visualização intra-articular e recuperação funcional mais rápida. O sucesso do procedimento depende de criteriosa seleção de casos e reabilitação pós-operatória adequada.	
CIDs do Procedimento	M75.8 M75.9 S43.0 S43.3 S43.4 S43.7	
Indicação	Instabilidade anterior traumática do ombro e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.35.05-0	Instabilidade glenoumeral, por via artroscópica	10C
3.07.35.07-6	Instabilidade multidirecional	10C
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.35.20-3	Reparo da avulsão ligamentar glenoumeral	11A
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL	3
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.22 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA TRAUMÁTICA DO TENDÃO DA CABEÇA LONGA DO BÍCEPS E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A ruptura traumática do tendão da cabeça longa do bíceps (CLB) ocorre quando há um rompimento parcial ou completo do tendão que se insere no labrum superior da glenoide. Essa condição pode resultar de traumas agudos, esforços excessivos ou degeneração prévia do tendão. Lesões associadas, como rupturas do manguito rotador, lesões labrais (como SLAP) ou alterações degenerativas, são frequentemente observadas. Insere-se uma câmera na articulação glenoumeral para inspeção direta do tendão rompido e avaliação de lesões associadas. Identifica-se o local de ruptura do tendão e a extensão do dano.	
CIDs do Procedimento	S46.1 S46.7 S46.8 S46.9 M75.8 M75.9	
Indicação	Ruptura traumática do tendão da cabeça longa do bíceps	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
3.07.35.23-8	Tenodese da porção longa do bíceps	10B
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^A	1
	ÂNCORA METÁLICA ^A	1
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO ^A	1
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) A opção dentre os implantes de fixação é de escolha do cirurgião	

Nome do Procedimento	2.23 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO SLAP (SUPERIOR LABRAL ANTERIOR TO POSTERIOR) E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A lesão SLAP ocorre na porção superior do labrum glenoidal, onde o tendão da cabeça longa do bíceps se fixa. É uma condição frequentemente causada por trauma, movimentos repetitivos (como em atletas que lançam), ou envelhecimento. Essa lesão pode resultar em dor, instabilidade e limitação funcional do ombro. O tratamento pretende reduzir ou eliminar a dor que ocorre durante atividades físicas ou mesmo em repouso, especialmente em movimentos de elevação ou rotação do ombro.	
CIDs do Procedimento	M75.8 M75.9 S43.4	
Indicação	Lesão SLAP sintomática e falha no tratamento conservador	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
3.07.35.23-8	Tenodese da porção longa do bíceps	10B
3.07.35.04-1	Lesão labral	10C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^	4
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Previsto o uso de 3 âncoras para o reparo do lábio glenoidal e 1 âncora para a tenodese da cabeça longa do bíceps	

Nome do Procedimento	2.24 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROPATIA DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS		
Descrição do procedimento	A artropatia do manguito rotador é uma condição caracterizada por degeneração severa da articulação glenoumeral, frequentemente associada à ruptura irreparável do manguito rotador. O tratamento cirúrgico busca restaurar a função do ombro, aliviar a dor e corrigir as lesões associadas, sendo a escolha do procedimento baseada na extensão da lesão e no perfil do paciente.		
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9 M75.1 M75.8 M75.9		
Indicação	Artropatia glenoumeral		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa		11C
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico		8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)		9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta		8A
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)		11A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula		10C
3.06.02.40-8	Capsulectomia - ressecção de cápsula de prótese - unilateral		7C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo		9B
3.07.36.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)		8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL REVERSA DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL EM TITÂNIO, 01 CUPULA UMERAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE CEFÁLICO TIPO GLENOSFERA EM ACO, 01 COMPONENTE METAGLENAR EM TITÂNIO, 03 PARAFUSOS DA METAGLENA E 01 DOSE DE CIMENTO SEM ANTIBIOTICO)		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal		
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	2.25 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TENDINOPATIA CALCÁREA DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	O tratamento da tendinopatia calcária do manguito rotador consiste na identificação e remoção da deposição cálcica intratendínea, geralmente localizada no tendão do supraespal, utilizando shaver, curetas ou punção com agulha de espinal anestesia sob visualização direta. Quando necessário, realiza-se também desbridamento tendíneo controlado para alívio da pressão e estímulo à cicatrização. Lesões associadas, como bursite subacromial ou lesões parciais do manguito, podem ser tratadas simultaneamente com bursectomia e eventual sutura tendínea. O procedimento visa aliviar a dor, restaurar a função do ombro e prevenir recorrência dos sintomas.	
CIDs do Procedimento	M75.0 M75.1 M75.2 M75.3 M75.4 M75.5 M75.8 M75.9	
Indicação	Tendinopatia calcárea do manguito rotador e falha no tratamento conservador	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.06-8	Reparo artroscópico da ruptura manguito rotador (transfixante/completa ou parcial de 1 tendão)	10C
3.07.35.03-3	Acromioplastia	9C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.35.12-2	Drenagem tendinite calcária	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^	3
	ÂNCORA METÁLICA ^	3
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^) A opção entre a âncora bioabsorvível e metálica é de escolha do cirurgião	

Nome do Procedimento	2.26 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	A cirurgia para tratar a ruptura do manguito rotador e lesões associadas consiste em peças de tendões lesionados, com o objetivo de restaurar a funcionalidade do ombro, aliviar a dor e corrigir alterações estruturais. O procedimento pode ser realizado por via artroscópica, aberta ou híbrida (mini-aberta), dependendo da gravidade e extensão da lesão.	
CIDs do Procedimento	M75.9 M75.0 M75.1 M75.2 M75.3 M75.4 M75.5 M75.8	
Indicação	Ruptura traumática e degenerativa do manguito rotador e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.19-0	Reparo artroscópico da ruptura manguito rotador (3 tendões)	11B
3.07.35.03-3	Acromioplastia ¹	9C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
3.07.35.15-7	Neurólise ²	11A
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA METÁLICA ^A	3
	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL ^A	3
	ÂNCORA SEM NÓ ^B	1
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Pacientes com acrômio tipo 2 ou 3 de Neer são candidatos selecionados para este procedimento (²) Pacientes com perda de força de rotação externa significativas são candidatos ao procedimento OPMEs (^A) O uso de âncora metálica ou bioabsorvível é de escolha do cirurgião (^B) Uso indicado para suturas em dupla fileira ou para a tenodese do tendão da cabeça longa do bíceps	

Nome do Procedimento	2.27 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS - ABERTO	
Descrição do procedimento	A cirurgia para tratar a ruptura de dois tendões do manguito rotador é um procedimento projetado para reparar os tendões rompidos e corrigir quaisquer alterações estruturais associadas.	
CIDs do Procedimento	M75.9 M75.0 M75.1 M75.2 M75.3 M75.4 M75.5 M75.8	
Indicação	Ruptura traumática e degenerativa do manguito rotador e lesões associadas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.14-0	Ressecção parcial ou total de clavícula - tratamento cirúrgico	9A
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.19.24-0	Sinovectomia.	7C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas ¹	6C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.17.19-1	Acromioplastia - procedimento aberto ³	8A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ²	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	ÂNCORA METÁLICA ^A	3
	ÂNCORA SEM NÓ ^B	3
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Pacientes com perda de força de rotação externa significativas são candidatos ao procedimento (²) Para verificação dos procedimentos realizados (posicionamento das âncoras, acromioplastia e ressecção lateral da clavícula) (³) Pacientes com acrômio tipo 2 ou 3 de Neer são candidatos selecionados para este procedimento OPMEs (^A) Âncora metálica para fazer suturas em fileiras simples ou dupla coluna no componente medial (^B) Indicado nos pacientes submetidos a sutura em dupla coluna no componente lateral ou para tenodese do bíceps	

Nome do Procedimento	2.28 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR E LESÕES ASSOCIADAS - HÍBRIDO	
Descrição do procedimento	Ruptura do manguito rotador e lesões associadas - tratamento videoartroscópico e transferências musculotendinosas	
CIDs do Procedimento	M75.0 M75.1 M75.2 M75.3 M75.4 M75.5 M75.8 M75.9	
Indicação	Lesões extensas e irreparáveis do manguito rotador	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.35.19-0	Reparo artroscópico da ruptura manguito rotador (3 tendões)	11B
3.07.35.03-3	Acromioplastia ¹	9C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.35.09-2	Tenotomia da porção longa do bíceps, via artroscópica	9C
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas ²	6C
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.35.23-8	Tenodese da porção longa do bíceps	10B
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ³	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	3
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
	ÂNCORA METÁLICA ^A	3
	ÂNCORA SEM NÓ ^B	3
	DISPOSITIVO PASSADOR DE SUTURA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	⁽¹⁾ Pacientes com acrômio tipo 2 ou 3 de Neer são candidatos selecionados para este procedimento ⁽²⁾ Pacientes com perda de força de rotação externa significativas são candidatos ao procedimento ⁽³⁾ Para avaliação do posicionamento do material de implante	
	OPMES ^(A) Âncora metálica para fazer suturas em fileiras simples ou dupla coluna no componente medial ^(B) Indicado nos pacientes submetidos a sutura em dupla coluna no componente lateral ou para tenodese do bíceps	

Nome do Procedimento	2.29 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL E LESÕES ASSOCIADAS - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero proximal, frequentemente associada a desalinhamento articular ou fragmentação óssea, visando a reconstrução anatômica, estabilidade mecânica e recuperação funcional do membro. A osteossíntese com placa e parafusos é indicada especialmente em casos de fraturas complexas, deslocadas ou instáveis, onde a fixação interna proporciona suporte adequado para a consolidação óssea e restauração da mobilidade.	
CIDs do Procedimento	S42.2 S44.3 S45.0 S46.7 S46.0 S46.1	
Indicação	Fraturas deslocadas do úmero proximal, associadas a lesões do manguito rotador, tendão da cabeça longa do bíceps, artéria, nervo axilar e outras estruturas adjacentes.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.28-0	Fratura e/ou fratura luxação em 4 partes	11A
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurlise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	13A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMES		Quantidade
	PLACA BLOQUEADA P/ UMEMO PROXIMAL 3,5mm EM AÇO	1
	PLACA BLOQUEADA P/ UMEMO PROXIMAL 3,5mm EM TITÂNIO	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE / AUTOROSQUEANTE 3,5 mm AÇO	10
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 3,5 mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS ^A	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS C/ AGULHA	4
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	10
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMES (^A) A placa semitubular pode ser utilizada a critério do cirurgião para agregar estabilidade à osteossíntese (dupla placa)	

Nome do Procedimento	2.30 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL E LESÕES ASSOCIADAS - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero proximal, frequentemente associada a desalinhamento articular ou fragmentação óssea, visando a reconstrução anatômica, estabilidade mecânica e recuperação funcional do membro. A osteossíntese com haste bloqueada é indicada especialmente em casos de fraturas complexas, deslocadas ou instáveis, onde a fixação interna proporciona suporte adequado para a consolidação óssea e restauração da mobilidade.	
CIDs do Procedimento	S42.2 S44.3 S45.0 S46.7 S46.0 S46.1	
Indicação	Fraturas deslocadas do úmero proximal, associadas a lesões do manguito rotador, tendão da cabeça longa do bíceps, artéria, nervo axilar e outras estruturas adjacentes.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.17.28-0	Fratura e/ou fratura luxação em 4 partes	11A
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	13A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
3.07.17.31-0	Reparo aberto da ruptura manguito rotador (3 tendões)	9C
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMERO MACIÇA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS C/ AGULHA	1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.31 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO E LESÕES ASSOCIADAS		
Descrição do procedimento	Fixação interna para estabilização de fraturas diafisárias deslocadas do úmero, associada à reparação de lesões do nervo radial, musculocutâneo, ulnar e/ou mediano, além do manejo de danos vasculares e de outras estruturas adjacentes, visando restaurar a anatomia, a função e a integridade neurovascular do membro.		
CIDs do Procedimento	S42.3 S44.9 S45.9 S45.9 S46.9 S46.9		
Indicação	Fraturas desviadas da diáfise do úmero e lesões associadas.		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico		8C
3.14.03.26-3	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)		12B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos		9C
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea		8C
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões		4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs			Quantidade
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5mm ESTREITA - INCLUI PARAFUSOS		1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		1
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA/ACETABULO 4,5mm AÇO - INCLUI PARAFUSOS		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal		
☒ Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	2.32 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO DISTAL (INCLUI TRÓCLEA E CAPÍTULO)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas do cotovelo varia conforme o tipo e a gravidade da fratura, que pode envolver estruturas como o úmero distal, bem como suas porções articulares. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia, estabilizar a articulação e permitir a mobilidade precoce para evitar rigidez.	
CIDs do Procedimento	S42.4	
Indicação	Tratamento de lesões osteoligamentares de cotovelo.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas ¹	10C
3.07.19.10-0	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal - 1 coluna ¹	10A
3.07.19.29-1	Tratamento da fratura do úmero distal intra-articular (capítulo e/ou tróclea) ¹	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO + 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	PLACA BLOQUEADA PARA ÚMERO DISTAL	2
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PLACA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizado conforme tipo de fratura identificada pela cirurgia.	

Nome do Procedimento	2.33 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA EM COTOVELO - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	O tratamento artroscópico da artrite séptica em cotovelo consiste na limpeza e drenagem da articulação infectada de forma minimamente invasiva. Essa abordagem é indicada para eliminar o material purulento, reduzir a carga bacteriana e preservar a função articular, sendo especialmente útil em estágios iniciais ou moderados da infecção.	
CIDs do Procedimento	M00.0 M00.1 M00.8	
Indicação	Artrite Séptica em cotovelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Exames laboratoriais.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.01-5	Artrite séptica - tratamento cirúrgico ¹	9A
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.06-2	Sinovectomia - tratamento cirúrgico	5B
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade	

Nome do Procedimento	2.34 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE COTOVELO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas do cotovelo varia conforme o tipo e a gravidade da fratura, que pode envolver estruturas como o úmero distal, a cabeça do rádio, o olécrano ou o processo coronóide. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia, estabilizar a articulação e permitir a mobilidade precoce para evitar rigidez.	
CIDs do Procedimento	S52.1 S52.0 S42.4 S53.0	
Indicação	Tratamento de lesões osteoligamentares de cotovelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.19.10-0	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal - 1 coluna¹	10A
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas¹	10C
3.07.19.29-1	Tratamento da fratura do úmero distal intra-articular (capítulo e/ou tróclea)¹	9C
3.07.19.14-3	Artroplastia da cabeça do rádio²	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio	8C
3.07.19.26-7	Tratamento da fratura da cabeça do rádio¹	9A
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal¹	9C
3.07.19.03-8	Artroplastias sem implante - tratamento cirúrgico	6A
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.36.06-4	Fraturas: redução e estabilização para cada superfície	9B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO + 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)²	1
	PLACA BLOQUEADA PARA ÚMERO DISTAL	2
	PLACA BLOQUEADA PARA CORONÓIDE	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PLACA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO	1
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO ^	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
	MICROPLACA	2
	MICROPARAFUSO BLOQUEADO EM TITÂNIO 1,0-1,9MM	5
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Utilizado conforme tipo de fratura identificada pela cirurgia.	
	OPMES	
	(ª) Pode ser necessário conforme complexidade do quadro clínico e a critério do cirurgião	

Nome do Procedimento	2.35 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DE COTOVELO (TRÍADE TERRÍVEL)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas do cotovelo varia conforme o tipo e a gravidade da fratura, e envolve estruturas como o úmero distal, a cabeça do rádio e ulna proximal. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia, estabilizar a articulação e permitir a mobilidade precoce para evitar rigidez.	
CIDs do Procedimento	S52.1 S52.0 S42.4 S53.0	
Indicação	Tratamento de lesões osteoligamentares de cotovelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.10-0	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal - 1 coluna ¹	10A
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas ¹	10C
3.07.19.29-1	Tratamento da fratura do úmero distal intra-articular (capítulo e/ou tróclea) ¹	9C
3.07.19.14-3	Artroplastia da cabeça do rádio ²	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio	8C
3.07.19.26-7	Tratamento da fratura da cabeça do rádio ¹	9A
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal ¹	9C
3.07.19.03-8	Artroplastias sem implante - tratamento cirúrgico	6A
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.36.06-4	Fraturas: redução e estabilização para cada superfície	9B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO + 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO) ²	1
	PLACA BLOQUEADA PARA ÚMERO DISTAL	2
	PLACA BLOQUEADA PARA CORONÓIDE	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PLACA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO	1
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO ^A	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
	MICROPLACA	2
	MICROPARAFUSO BLOQUEADO EM TITÂNIO 1,0-1,9MM	5
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizado conforme tipo de fratura identificada pela cirurgia. OPMES (ª) Pode ser necessário conforme complexidade do quadro clínico e a critério do cirurgião	

Nome do Procedimento	2.36 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES MIOTENDÍNEAS DO COTOVELO	
Descrição do procedimento	As lesões miotendíneas do cotovelo envolvem danos aos músculos, tendões ou à junção miotendínea ao redor da articulação. Essas lesões podem variar desde estiramentos leves até rupturas completas, sendo frequentemente associadas a sobrecarga, esforços repetitivos ou traumas diretos. Os músculos mais frequentemente afetados incluem o bíceps braquial, o tríceps braquial e os extensores ou flexores do antebraço.	
CIDs do Procedimento	M77.0 M77.1 S46.2 S46.3	
Indicação	Lesões miotendíneas de cotovelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	As contraindicações dependem do tipo de tratamento (conservador ou cirúrgico) e do estado clínico do paciente.	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.25-9	Tenoplastia epicondilar	8C
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões	3C
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
OPMEs		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA COTOVELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5MM, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	ENDOBOTTON COM FITA PARA FIXAÇÃO	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.37 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES DEGENERATIVAS DE COTOVELO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das lesões degenerativas do cotovelo, como a artrose radio-humeral e úlcero-olecraniana, é indicado em casos de dor persistente, rigidez articular e perda funcional refratária ao tratamento conservador. A abordagem pode ser realizada por via artroscópica ou aberta, com objetivo de desbridamento articular, remoção de osteófitos, corpos livres e sinovectomia parcial, visando restaurar a mobilidade e aliviar a dor. Em casos avançados, com destruição articular significativa, pode-se indicar artroplastia parcial ou total do cotovelo. A escolha da técnica depende da extensão da degeneração, demanda funcional do paciente e integridade ligamentar. A reabilitação pós-operatória precoce é fundamental para recuperação funcional adequada.	
CIDs do Procedimento	M24.6 M19.0 M19.1 M12.0 M12.5	
Indicação	Lesões osteocartilagenosas degenerativas do cotovelo	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.36.04-8	Osteocondroplastia por via artroscópica	10A
3.07.36.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.38.02-4	Sinovectomia parcial e/ou remoção de corpos livres	9C
3.07.19.19-4	Osteotomia do úmero distal (resseção ossificação heterotópica)	9C
3.07.19.17-8	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante	11A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM ACO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM ACO+ 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT ARTROSCOPIA P/ COTOVELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5MM, 01 MINI PONTEIRA P/ RADIOFREQUENCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS P/ ARTROSCOPIO)	1
	PARAFUSO ANCORA BIOABSORVIVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA.	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.38 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE OLÉCRANO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas do cotovelo varia conforme o tipo e a gravidade da fratura, que pode envolver estruturas como ulna proximal (o olécrano ou o processo coronóide). O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia, estabilizar a articulação e permitir a mobilidade precoce para evitar rigidez.	
CIDs do Procedimento	S53.1 S52.0	
Indicação	Lesões osteocartilagenosas degenerativas do cotovelo	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.36.06-4	Fraturas: redução e estabilização para cada superfície ¹	9B
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio ¹	8C
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal ¹	9C
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	FIO DE CERCLAGEM	1
	FIOS DE KIRSCHNER	2
	PLACA BLOQUEADA PARA CORONÓIDE	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PLACA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO	1
	MICROPLACA	2
	MICROPARAFUSO BLOQUEADO EM TITÂNIO 1,0-1,9MM	5
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Utilizado conforme tipo de fratura identificada pela cirurgia.	

Nome do Procedimento	2.39 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas de cabeça de rádio varia conforme o tipo e a gravidade da fratura. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia, estabilizar a articulação e permitir a mobilidade precoce para evitar rigidez.	
CIDs do Procedimento	S52.1	
Indicação	Lesões osteocartilagenosas degenerativas do cotovelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades clínicas impeditivas. A critério do médico assistente.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.19.14-3	Artroplastia da cabeça do rádio	9C
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio	8C
3.07.19.26-7	Tratamento da fratura da cabeça do rádio	9A
3.07.19.03-8	Artroplastias sem implante - tratamento cirúrgico	6A
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.36.06-4	Fraturas: redução e estabilização para cada superfície	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO + 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
	MICROPLACA	2
	MICROPARAFUSO BLOQUEADO EM TITÂNIO 1,0-1,9MM	5
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	2.40 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CAPSULITE ADESIVA E LESÕES ASSOCIADAS	
Descrição do procedimento	A capsulite adesiva, também conhecida como "ombro congelado", é caracterizada por lesão dolorosa do ombro devido ao espessamento e contração da cápsula articular. O tratamento cirúrgico é indicado em casos refratários ao manejo conservador (fisioterapia, infiltrações), com objetivo de restaurar a amplitude de movimento e aliviar a dor. Lesões associadas.	
CIDs do Procedimento	M75.0 M75.8 M75.9	
Indicação	Capsulite adesiva refratária ao manejo conservador (fisioterapia, infiltrações e medicamentos)	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção no local ou infecção sistêmica, como osteomielite ou artrite séptica. Pacientes com alto risco cirúrgico devido a problemas cardiopulmonares, coagulopatias graves ou outras condições sistêmicas descompensadas.	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.36.07-2	Capsulotomia via artroscópica	11B
3.07.35.22-0	Sinovectomia via artroscópica	9C
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente.	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINAS SHAVER	2
	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR	1
	CÂNULAS	2
	CAMPO OPERATÓRIO DESCARTÁVEL C/ COLETOR DE FLÚIDOS	1
	CAPAS P/ ARTROSCÓPIO	2
	EQUIPO BOMBA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial durante 6 meses, frequência quinzenal no primeiro mês e a partir de então, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	3.1 — CONSULTA GERAL	
Descrição do procedimento	A consulta com o especialista em mão é um atendimento detalhado voltado para avaliar, diagnosticar e tratar condições que afetam a funcionalidade e a estrutura da mão, punho e antebraço. Durante a consulta, o especialista realiza uma anamnese aprofundada, coletando informações sobre os sintomas, histórico médico, ocupacional e possíveis traumas. Em seguida, é feito um exame físico minucioso que pode incluir a avaliação da mobilidade articular, força muscular, sensibilidade e a identificação de deformidades, inchaços ou sinais de inflamação.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom, Eletroencefalografia, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.2 — CONSULTA DE RETORNO PÓS-OPERATÓRIO + CURATIVO	
Descrição do procedimento	Consulta de retirada de pontos com curativo final	
CIDs do Procedimento		
Indicação	Paciente em pós-operatório	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☐ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.3 — INFILTRAÇÃO PONTO-GATILHO OU AGULHAMENTO SECO	
Descrição do procedimento	Consulta e tratamento ambulatorial para dor miofascial (por grupo muscular)	
CIDs do Procedimento	M62 M63 M96.9	
Indicação	Dor miofascial	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Alergia a lidocaína ou infecções no ponto alvo	
Exames da Indicação	Exame Físico de pontos-gatilho e/ou Termografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados	1A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	AGULHA DE ACUPUNTURA	1
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.4 — BIÓPSIA DE NERVO	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para elucidação diagnóstica de doenças envolvendo sistema nervoso periférico	
CIDs do Procedimento	C70.1 C72.0 C72.1 D32.1 D33.4 D43.4 M05.2	
Indicação	Neuropatias periféricas	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada.	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.01-8	Biópsia de nervo	4A
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
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.5 — BIÓPSIA DE MÚSCULO	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico para elucidação diagnóstica de doenças envolvendo sistema muscular	
CIDs do Procedimento	G13.0 G71.2 G71.3 G72.0 G72.1 G72.2 G72.4 G72.8 G72.9 G73.4 G73.5 G73.6 G73.7 G73 M05.2	
Indicação	Diagnóstico etiológico da doença muscular	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica	
Exames da Indicação	Eletroneumiografia e Exames Laboratórios.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.30.02-3	Biópsia de músculo	2B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	3.6 — RETALHO MÚSCULO-CUTÂNEO - NÃO MICROCIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Procedimentos cirúrgicos utilizados para cobrir áreas de defeito ou de perda de tecido, especialmente em situações de trauma ou ressecção tumoral, onde a pele ou a combinação de pele e tecido muscular precisam ser reposicionadas para promover a cicatrização. Esses retalhos são diferentes dos retalhos microcirúrgicos, pois não envolvem a reconexão de pequenos vasos sanguíneos com a ajuda de microscópio cirúrgico. Ao invés disso, os retalhos são transpostos com os vasos originais intactos, ou a perfusão do retalho depende da vascularização fornecida pelas inserções ósseas ou vasos perfurantes.	
CIDs do Procedimento	M86.0 C40.0 R22.0 T01.0 T84.0 L98.0	
Indicação	Reconstrução após traumatismos ou defeitos de partes moles: Retalhos músculo-cutâneos são úteis em áreas com perda extensa de tecido devido a traumas, queimaduras, ressecções de tumores ou lesões, onde a cobertura simples com enxerto de pele não seria suficiente. Defeitos após ressecção tumoral: Pacientes submetidos à ressecção de tumores malignos ou benignos, como câncer de pele, carcinoma ou sarcomas, podem se beneficiar de retalhos músculo-cutâneos para reconstrução da área afetada. Reconstrução de defeitos nas extremidades: Em amputações parciais ou falhas em áreas como mãos, pernas ou pés, o uso de retalhos músculo-cutâneos pode restaurar a função e estética. Tratamento de úlceras crônicas: Úlceras em locais como o tornozelo, joelho ou glúteos, que não cicatrizam adequadamente com tratamento convencional, podem ser tratadas com retalhos que promovem uma cobertura mais adequada e ajudam a melhorar a cicatrização. Defeitos em áreas com alto risco de infecção ou necrose: Como nas regiões da cabeça e pescoço, onde as estruturas subjacentes e a vascularização são cruciais para a integridade do retalho, o uso de tecido muscular combinado com a pele pode fornecer uma boa vascularização e aumentar a chance de sucesso. Tratamento de queimaduras extensas: Em queimaduras de grandes áreas, o uso de retalhos músculo-cutâneos permite uma melhor cobertura da área afetada, especialmente quando a pele não pode ser enxertada com sucesso.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	As contra-indicações para retalhos músculo-cutâneos incluem: Insuficiência vascular: Em áreas com má circulação sanguínea. Infecção ativa: Presença de infecção ou tecido desvascularizado no local do retalho ou na área receptora. Doenças sistêmicas graves: Como insuficiência cardíaca, renal ou diabetes descompensada. Imunossupressão: Pacientes com sistema imunológico comprometido, como em tratamentos quimioterápicos. Área doadora inadequada: Falta de tecido muscular ou cutâneo suficiente. Neoplasias malignas não controladas: Câncer não tratado ou avançado. Obesidade mórbida: Aumento do risco de complicações pós-operatórias. Falta de colaboração do paciente: Incapacidade de seguir cuidados pós-operatórios adequados. Trauma ou compressão excessiva: Áreas sujeitas a pressão constante ou movimento excessivo.	

Exames da Indicação	Exames laboratoriais: Hemograma: Avaliar anemia ou infecção. Função renal e hepática: Verificar comorbidades que possam afetar a cicatrização. Glicemia: Controlar diabetes, que pode prejudicar a cicatrização. Marcadores inflamatórios (PCR, VHS): Detectar infecção ou inflamação. Exames de imagem: Ultrassonografia Doppler: Avaliar a vascularização da área doadora e receptora. Angiografia: Para visualizar problemas circulatórios, quando necessário. Tomografia Computadorizada/Ressonância Magnética: Para áreas profundas ou traumas extensos.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial	9B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
3.07.01.12-0	Inguino-cural	12C
3.07.01.02-3	Antebraço	13A
3.07.01.03-1	Axilar	12C
3.07.01.05-8	Deltopeitoral	12C
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.01.16-3	Paraescapular	12B
3.07.01.11-2	Fossa poplíteia	12B
3.07.02.08-9	Trapézio (trapezius)	12B
3.07.03.01-8	Bíceps femoral (biceps femoris)	12B
3.07.01.15-5	Outros transplantes cutâneos	12B
3.07.03.09-3	Outros transplantes musculares	12B
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico	6A
3.07.22.69-1	Reparações cutâneas com retalho ilhado antebraquial invertido	9B
3.07.32.22-0	Ressecção de tumor ósseo e/ou de partes moles com rotação de retalho	13C
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno	13C
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.01.20-1	Transplante cutâneo sem microanastomose, ilha neurovascular	8B
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado	11C
3.01.01.28-0	Desbridamento cirúrgico - por unidade topográfica (UT)	3C

OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM AÇO OU TITÂNIO 1,3/1,5, 2.0, 2.3, 2.4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7, 2.0, 2.2, 2.5, 2.7, 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	

Seguimento	- Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). Monitoramento da recuperação vascular e neural. Início da fisioterapia precoce e controle da dor. - Médio e longo prazo (meses): Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. Acompanhamento psicológico e controle de infecções. - Possíveis intervenções adicionais: Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.
☒ Rastreabilidade	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A escolha dos procedimentos ou das possíveis associações dos procedimentos, bem como das OPMs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

Nome do procedimento	3.7 — RETALHO CUTÂNEO, MUSCULAR OU ÓSSEO - MICROCIRURGICO	
Descrição do procedimento	Retalhos microcirúrgicos referem-se a segmentos de tecido que são retirados de uma área do corpo (local doador) e transferidos para outra área (local receptor) utilizando técnicas de microcirurgia. A microcirurgia envolve o uso de instrumentos e suturas extremamente delicadas, com aumento óptico (geralmente por microscópio cirúrgico), permitindo a manipulação precisa de estruturas anatômicas pequenas, como vasos sanguíneos, nervos e músculos. O retalho é completamente separado de sua área de origem e reconectado ao novo local por meio da anastomose microcirúrgica de vasos sanguíneos e, eventualmente, nervos periféricos. A técnica de microcirurgia permite a anastomose de artérias, veias e nervos, o que assegura a viabilidade e a função do retalho após o transplante. A realização dessa microanastomose requer habilidade para suturar vasos com diâmetros extremamente pequenos, frequentemente inferiores a 1mm, para garantir a reperfusão sanguínea e a reintegração funcional do tecido no local receptor.	
CIDs do Procedimento	M86.0 C40.0 R22.0 T01.0 T84.0 L98.0	
Indicação	Retalhos microcirúrgicos são comumente utilizados em procedimentos de reconstrução após traumas complexos, cirurgias oncológicas, ou defeitos congênitos, e também em cirurgias plásticas e reconstrutivas para restaurar a integridade estrutural e funcional de tecidos perdidos ou danificados.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições sistêmicas graves: Como doenças cardiovasculares, respiratórias, hepáticas ou imunossupressão (ex: HIV, quimioterapia). Desnutrição: Pode prejudicar a cicatrização e a viabilidade do retalho. Distúrbios de coagulação: Como hemofilia ou uso de anticoagulantes. Insuficiência vascular: Deficiência circulatória na área receptora, como em doenças arteriais periféricas. Infecção ativa: Nos locais do retalho ou receptor. Defeito anatômico grave do local receptor: Dificuldade de realizar a anastomose devido a cicatrizes ou deformidades. Retalho inadequado: Tecido comprometido, mal vascularizado ou com características que dificultam o transplante.	
Exames da Indicação	Avaliação clínica: Exame físico da área doadora e receptora para verificar a adequação do retalho e a presença de cicatrizes ou problemas vasculares. Hemograma completo: Avalia o estado geral e possíveis infecções ou distúrbios hematológicos. Coagulograma: Verifica a função de coagulação e identifica distúrbios hemorrágicos. Provas de função hepática e renal: Avaliam o funcionamento desses órgãos, essenciais para a recuperação pós-cirúrgica. Doppler Ultrassonográfico: Avalia o fluxo sanguíneo nas artérias e veias locais. Angiografia: Para uma visualização detalhada da circulação sanguínea em áreas críticas. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética: Examina a anatomia local e identifica anomalias. Exames de estado nutricional: Como albumina e proteína total, para avaliar a capacidade de cicatrização.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.01.19-8	Transplante cutâneo com microanastomose	13A
3.07.05.01-0	Autotransplante de dois retalhos musculares combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo	13A
3.07.05.02-9	Autotransplante de dois retalhos cutâneos combinados, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.05.03-7	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a um muscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.05.04-5	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre si, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.05.06-1	Autotransplante de outros retalhos, isolados entre si, e associados mediante um único pedículo vascular comuns aos retalhos	13A
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado	13C
3.07.01.21-0	Transplante miocutâneo com microanastomose	13A
3.07.04.06-5	Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos	13A
3.07.03.09-3	Outros transplantes musculares	12B
3.07.01.15-5	Outros transplantes cutâneos	12B
3.07.02.03-8	Outros transplantes músculo-cutâneos	12B
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.04.07-3	Perônio ou fíbula	13A
3.07.32.22-0	Ressecção de tumor ósseo e/ou de partes moles com rotação de retalho	13C
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno	13C
3.07.22.04-7	Alongamento/transporte ósseo com fixador externo	11C

OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1.3 / 1.5, 2.0, 2.3, 2.4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7, 2.0, 2.2, 2.5, 2.7, 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	Variável
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO	Variável
	CLAMP PARA MICROCIURUGIA DESCARTÁVEL	Variável
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	- Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). Monitoramento da recuperação vascular e neural. Início da fisioterapia precoce e controle da dor. - Médio e longo prazo (meses): Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. Acompanhamento psicológico e controle de infecções. - Possíveis intervenções adicionais: Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A escolha dos procedimentos ou das possíveis associações dos procedimentos, bem como das OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	3.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO DO NERVO FACIAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para descompressão, isolamento, neurorrafia primária do nervo facial ou ainda para anastomose hipoglosso-facial	
CIDs do Procedimento	G58.9 T14.4	
Indicação	Resturar grau funcional do nervo facial	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Tomografia Computadorizada do crânio, Ressonância Magnética do crânio, Eletroneuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.04.04.05-3	Exploração e descompressão total do nervo facial (transmastóideo, translabiríntico, fossa média)	11C
3.04.04.03-7	Enxerto parcial intratemporal do nervo facial - do gânglio geniculado ao meato acústico interno	11B
3.04.04.04-5	Enxerto total do nervo facial intratemporal	11C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
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 o músculo temporal (região oral), com neurotização	11C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ¹	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ¹	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs ⁽¹⁾ A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO		
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da síndrome do desfiladeiro torácico é indicado em casos refratários à terapia conservadora, com sintomas neurológicos ou vasculares significativos. A abordagem mais comum é a ressecção da primeira costela, com ou sem liberação do músculo escaleno anterior e médio, visando descomprimir o plexo braquial, artéria e veia subclávias. A cirurgia pode ser realizada por via supraclavicular, transaxilar ou infraclavicular. O uso de magnificação óptica e monitorização intraoperatória auxilia na preservação neurovascular. A reabilitação precoce é essencial para recuperação funcional e prevenção de recorrência.		
CIDs do Procedimento	G55.8		
Indicação	Descompressão de plexo braquial e arterial na fossa clavicular.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica.		
Exames da Indicação	Radiografia de coluna cervical, Tomografia Computadorizada da coluna cervical, Ressonância Magnética do plexo braquial, Angiografia digital ou Angiotomografia dos vasos da crossa aórtica, Eletroneuromiografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.14.05.03-7	Tratamento da síndrome do desfiladeiro cêrvico-torácico		11C
3.07.15.07-5	Costela cervical - tratamento cirúrgico		8B
3.14.03.18-2	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise		12C
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia¹		12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia¹		11B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL		1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO		1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA¹		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs (¹) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.		

Nome do Procedimento	3.10 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA DO PLEXO BRAQUIAL	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da lesão traumática do plexo braquial é indicado em casos de avulsão radicular, ruptura nervosa ou ausência de recuperação funcional espontânea após 3 a 6 meses do trauma. A abordagem microcirúrgica envolve a exploração do plexo, neurólise das estruturas viáveis, e reconstrução com enxertos nervosos autólogos (geralmente do nervo sural) ou transferências nervosas, dependendo do nível e tipo de lesão (pré ou pós-ganglionar). A cirurgia é realizada sob magnificação óptica e com monitoramento intraoperatório, visando restaurar a condução axonal e a função motora e sensitiva do membro superior.	
CIDs do Procedimento	G58.9 T14.4 G54.0 S14.3	
Indicação	Reparo funcional e redução de sequela neurológica	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética da coluna cervical e do Plexo Braquial, Eletroneuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões	13A
3.14.03.26-3	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)	12B
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à 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
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ¹	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ¹	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Procedimento em crianças e adultos SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs (¹) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR DO PLEXO BRAQUIAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para ressecção de neoplasia do plexo braquial primário ou secundário (metástase). O tratamento envolve a ressecção microcirúrgica da lesão, com o objetivo de aliviar sintomas compressivos, dor neuropática e preservar ou restaurar a função neurológica do membro superior. A abordagem cirúrgica (supraclavicular, infraclavicular ou combinada) é escolhida conforme a localização e extensão tumoral. A dissecação é realizada sob magnificação óptica, com monitoramento neurofisiológico intraoperatório.	
CIDs do Procedimento	G54.0 S14.3	
Indicação	Recuperação de grau funcional do nervo	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética da coluna cervical e do Plexo braquial, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.17-4	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurtólise 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 (tumoral, inflamatório, etc)	8B
3.07.30.05-8	Dissecação muscular	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ¹	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ¹	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs ⁽¹⁾ A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO TRAUMÁTICA DE NERVO PERIFÉRICO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da lesão traumática de nervo periférico tem como objetivo restaurar a continuidade e a função neurológica por meio de abordagens microcirúrgicas específicas. A conduta inicia com exploração cirúrgica do nervo (neurólise externa), complementada por microneurólise intraneural ou intrafascicular quando há aderência interfascicular. Em lesões com perda de continuidade, pode ser necessária microneurorrafia única ou enxerto interfascicular de nervo vascularizado. A presença de neuroma doloroso ou disfuncional exige sua ressecção, seguida de reconstrução adequada. Em casos com trauma complexo, podem ser realizadas miorrafias, dissecções musculares e reparo de lesões nervosas associadas à fratura óssea, integrando procedimentos ortopédicos e neurocirúrgicos.	
CIDs do Procedimento	A30.0 A30.1 A30.2 A30.3 A30.4 A30.5 A30.8 A30.9 B92 G58.9 S14.2 S14.4 S14.5 S14.6 S34.2 S44.0 S44.1 S44.2 S44.3 S44.4 S44.5 S44.7 S44.8 S44.9 S54.0 S54.1 S54.2 S54.3 S54.7 S54.8 S54.9 S64.0 S64.1 S64.2 S64.7 S64.8 S64.9 S74.0 S74.1 S74.2 S74.7 S74.8 S74.9 S84.0 S84.1 S84.2 S84.7 S84.8 S84.9 T11.3 T13.3 T14.4	
Indicação	Reparo funcional e redução de sequela neurológica	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contra-indicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Eletroneuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (Neurólise externa) ¹	5B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ¹	7C
3.14.03.31-0	Ressecção de neuroma ¹	4A
3.14.03.07-7	Enxerto interfascicular de nervo vascularizado ¹	12C
3.14.03.27-1	Microneurorrafia única ¹	8A
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ²	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ²	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs (¹) Multiplicados pela quantidade de nervos reparados (²) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO	
Descrição do procedimento	Cirurgia para ressecção de neoplasia primária ou secundária (metastase) de nervo periférico. O tratamento cirúrgico envolve a excisão microcirúrgica da lesão, com preservação funcional dos fascículos neurais. Em casos em que a ressecção exige interrupção do trajeto neural, realiza-se enxerto interfascicular de nervo autólogo, com técnicas refinadas de microneurólise intraneural ou intrafascicular. A cirurgia pode incluir neurólise externa, dissecação muscular e miorrafias quando há envolvimento de estruturas adjacentes. Tumores com efeito compressivo também são tratados como neuropatias compressivas tumorais, com remoção da massa e descompressão cuidadosa. A monitorização neurofisiológica intraoperatória é essencial para preservar a função nervosa durante todo o procedimento.	
CIDs do Procedimento	C47.9 C79.8 D36.1 D48.2 T87.3	
Indicação	Restaurar grau funcional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Exames laboratoriais, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom, Eletroencefalografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	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 (tumoral, inflamatório, etc)	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	Dissecação muscular	3C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ¹	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ¹	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES e OPMEs ⁽¹⁾ A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO	
Descrição do procedimento	Acesso de Henry volar, fasciotomia, tenólise de flexores, exploração de nervo interósseo anterior e redução cruenta fixação do rádio com placa e parafusos corticais, sutura por planos. Acesso de Thompson, tenólise de flexores, redução cruenta de fratura de ulna, fixação com placa e parafusos. Reparo ligamentar do carpo, sutura e curativo	
CIDs do Procedimento	S52.2	
Indicação	Fratura de antebraço em adulto	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Radiografia de punho, antebraço e cotovelo em AP e Perfil	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.20.09-5	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico	10C
3.07.31.09-7	Tenólise	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/BLOQUEIO C/ BLOQUEIO OU BLOQUEADA	12
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com consultas na 1ª, 2ª, 4ª e 8ª semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDO-ARTROSE CONGÊNITA DO ANTEBRAÇO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da pseudo-artrose congênita do antebraço visa promover consolidação óssea, restaurar o alinhamento e preservar a função do membro superior, sendo individualizado conforme o tipo, localização e idade do paciente. As técnicas incluem ressecção da área de pseudo-artrose, estabilização com fixação interna (placas, hastes intramedulares ou fios de Kirschner) e uso de enxerto ósseo autólogo, frequentemente associado a enxerto vascularizado (como fibula vascularizada) em casos refratários. Em pacientes pediátricos, a correção deve respeitar o potencial de crescimento e pode envolver epifisiodesse contralateral em discrepâncias significativas. O uso de fixadores externos circulares (ex: Ilizarov) é indicado em deformidades complexas ou falhas prévias.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9 Q85.0 M84.1	
Indicação	Falha na consolidação óssea espontânea, resultando em instabilidade mecânica, deformidade progressiva e/ou comprometimento funcional do membro superior.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições clínicas	
Exames da Indicação	Radiografias de antebraço, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética de antebraço, Doppler Arterial de membro superior e inferior, Angiotomografia Arterial de membro superior e inferior, Arteriografia de membro superior e inferior	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.04.07-3	Perônio ou fibula	13A
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado	13C
3.07.05.04-5	Autotransplante de dois retalhos, um cutâneo combinado a retalho osteomuscular, isolados e associados entre sí, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.04.06-5	Outros transplantes ósseos e osteomusculocutâneos	13A
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.22.04-7	Alongamento/transporte ósseo com fixador externo	11C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.18.09-0	Pseudartroses, osteotomias, alongamentos/encurtamentos - tratamento cirúrgico	9A
3.07.20.02-8	Alongamento dos ossos do antebraço com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	7C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/BLOQUEIO	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE, AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	10
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE, AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/BLOQUEIO	4
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO¹	1
	CLAMP PARA MICROCIRURGIA VASCULAR DESCARTÁVEL	4
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	2
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM ACO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO MINI EM ACO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO C/SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	1
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2

☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 6 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): - Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): - Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). - Monitoramento da recuperação vascular. - Início da fisioterapia precoce e controle da dor. Médio e longo prazo (meses): - Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. - Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. - Acompanhamento psicológico e controle de infecções. Possíveis intervenções adicionais: - Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Abordagem deve ser multidisciplinar, incluindo o acompanhamento clínico, fisioterápico e, em alguns casos, cirúrgico, para garantir a maximização da recuperação funcional e a minimização dos riscos de falha do enxerto vascularizado microcirúrgico de fíbula ou periosteal. OPMES (¹) Em crianças para fechamento sindesmose	

Nome do Procedimento	3.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL - ABERTO E ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	Acesso volar ou dorsal. Se volar há abertura, abertura do pronador quadrado, redução da fratura e fixação com material de síntese adequado, podendo ser associada ferramenta artroscópica (exemplo redução de degrau articular). Se dorsal, há a divisão entre o 3º e 4º compartimento extensor, redução da fratura e fixação. Há, necessariamente, acesso aos portais radio carpais (3-4, 6R, 6U, 1-2, 4-5 descritos), mediocarpais (1U e 1R), em algumas situações necessário portal STT, DF e portais volares radiocarpais.	
CIDs do Procedimento	S52.5 S52.0	
Indicação	Fratura do rádio distal	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades que contraindiquem a cirurgia	
Exames da Indicação	Radiografia Simples e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.2119-9	Fratura e/ou luxações Punho - tratamento cirúrgico ¹	11B
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular ²	9C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia) ³	10C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície ⁴	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA NÃO BLOQUEADA OU BLOQUEADA ÂNGULO VARIÁVEL EM TITÂNIO OU AÇO EM COLUNA DUPLA OU ÚNICA, DORSAL OU VOLAR OU POR FRAGMENTO ESPECÍFICO 2.0 ATE 3.5MM	1 a 2
	PLACA DE RÁDIO DISTAL 2.0 OU 2.7mm OU 3.5 MM COM PARAFUSOS (AÇO OU TITÂNIO) ^A	1 a 2
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9MM	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	ÂNCORAS COM FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA ^B	1 a 2
	PARAFUSO DE HERBERT OU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO ^C	1 a 2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^D	1 a 2
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ^E	1 a 2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Manter aparelho gessado – inicialmente tala axilo-palmar e posteriormente gesso fechado a ser colocado em torno de 10 dias após inspeção da ferida operatória. Devendo ser usado até consolidação por volta de 2 meses. Retirada de fios e acompanhamento a cada 3 meses no primeiro ano e anualmente até maturidade esquelética.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Se lesões associadas, acrescentar códigos acima com valoração de 70% com vias diferentes e 50% com mesma via; SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Fratura única. ⁽²⁾ Com lesão ligamentar associada (FCT ou Intracarpica). ⁽³⁾ Com lesão condral radio ou ulna, fratura ulna distal ou desa (FCT ou Intracarpica). ⁽⁴⁾ Se necessidade de redução articular sob visualização artroscopia tanto do rádio quanto da ulna, acrescentar remuneração adicional, se anestesia local = + 15 % do honorário médico OPMES ^(A) Placa de aço ou titânio, depende da disponibilidade. Placas em titânio têm maior qualidade. ^(B) Âncoras possíveis nas lesões associadas ligamentares ou reinserções ósseas pequenas. Há âncoras de suturas diversas (botão de sutura/âncoras transosseas regulares) ^(C) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (exemplo o escafoide) ^(D) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar ^(E) Reparo ligamentar em casos de uso com âncoras de duplo travamento	

Nome do Procedimento	3.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RÁDIO	
Descrição do procedimento	Paciente sob anestesia, assepsia e antisepsia. Acesso sobre o estilóide radial, exploração de nervo sensitivo radial, tenólise do primeiro compartimento extensor. Utilizado fios de Kishner como guias, osteotomia do rádio, após visualização no intensificador da correção. Fixação com placa bloqueada, parafuso cortical e parafusos de bloqueio.	
CIDs do Procedimento	A03.0 S52.5	
Indicação	Consolidação viciosa na qual a angulação dorsal menor que 15 graus e encurtamento do rádio menor que 8mm	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades graves, consolidação viciosa na qual a angulação dorsal menor que 15 graus e encurtamento do rádio menor que 8mm	
Exames da Indicação	Radiografia de punho (AP e Perfil), Tomografia Computadorizada de punho	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.20.11-7	Fratura viciosamente consolidada de antebraço - tratamento cirúrgico	11B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/BLOQUEIO	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE, AUTROSQUEANTE 3,5mm AÇO	8
	SERRA ÓSSEA	1
	PLACA ENCURTAMENTO ULNA	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/BLOQUEIO	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE, AUTROSQUEANTE 2.4 -3,5MM AÇO OU TITÂNIO	8
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial com consultas na 1ª, 2ª, 4ª, 8ª, 12ª e 24ª semanas	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO CONGÊNITA DA CABEÇA DO RÁDIO	
Descrição do procedimento	Incisão de Kocher no cotovelo entre o extensor ulnar do carpo e o anconeio; artrotomia do cotovelo, abordagem da cabeça do rádio com capsulectomia e redução mantendo-se alinhada ao capítulo. Passa-se então para reconstrução do ligamento anular com fita tendinosa do bíceps braquial ou enxerto tendinoso por meio de ancoramento ósseo direto local do rádio à ulna. Nos casos em que não é possível a redução rádio-capitular faz-se a ressecção ¹ da cabeça do rádio. A osteotomia ¹ da ulna deve também ser considerada nos casos em que há encurvamento importante o que facilitaria a redução da cabeça do rádio.	
CIDs do Procedimento	Q68.8 Q71.8 A00.9 S53.0 A00.0	
Indicação	A falta do movimento de pronossupinação do antebraço devido a luxação congênita da cabeça do rádio é geralmente reconhecida tardiamente na criança - em torno dos 3 anos - e isso leva a limitação de executar atividades simples como pegar ou bolar ou usar uma colher para alimentar-se. Quando essa limitação se torna importante esta indicada a abordagem cirúrgica com objetivo de centralizar a cabeça do rádio no capítulo. A persistência da luxação pode levar a um processo degenerativo na própria cabeça do rádio ou no capítulo levando a dor local nos pacientes mais velhos, sendo aí indicado a excisão da cabeça do rádio.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não devem ser operados o paciente assintomáticos ou pouco sintomáticos com mínima limitação funcional. Infecção ativa e ausência de condições clínicas também contra-indicam o procedimento.	
Exames da Indicação	Radiografias simples em incidência AP/Perfil de cotovelo e antebraços com incidência para cabeça do rádio bilateral dos antebraços (devendo incluir articulações do cotovelo e do punho acometido).	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.16-0	Capsulectomia do cotovelo	9C
3.07.19.20-8	Reconstrução ligamentar medial ou lateral com enxerto tendinoso	9C
3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico	5B
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio ¹	8C
3.07.20.13-3	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico ²	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	1 a 2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Uso de tala axilo-palmar por 6 semanas. Com avaliação da ferida operatória na segunda semana e retirada de pontos. Após retirada da tala encaminha-se a reabilitação. Acompanhamento trimestral até maturidade esquelética	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A ressecção da cabeça do rádio é um procedimento a ser realizado na criança com idade maior do que 3 anos ou quando não se consegue a redução da cabeça do rádio ao capítulo. ⁽²⁾ Nos pacientes com angulação importante da ulna para se conseguir a redução da luxação da cabeça do rádio pode ser necessário realizar a osteotomia da ulna com objetivo de alinhá-la e assim conseguir a redução.	

Nome do Procedimento	3.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINOSTOSE RADIOULNAR CONGÊNITA	
Descrição do procedimento	Marcação de incisão dorsal no intervalo entre flexor ulnar do carpo e extensor ulnar do carpo com tenólise extensa a esse nível – local da sinostose radio-ulnar. Osteotomia da massa óssea completa com rotação do antebraço para melhor posição funcional. Fixação da osteotomia com fios de Kirschner ou com placa e parafusos a depender da idade da criança. Nos casos de grandes correções rotacionais faz-se também a fasciotomia profilática do antebraço para que se evite a ocorrência da síndrome compartimental. A osteotomia pode também ser realizada na região diafisária de ambos os ossos com a fixação de rádio e ulna.	
CIDs do Procedimento	Q74.0 Q74.1	
Indicação	O prejuízo do movimento de pronosupinação do antebraço – o que acontece na sinostose radioulnar congênita - leva a um déficit funcional que pode ser importante a depender de alguns detalhes como a dominância do paciente e membro acometido, em que grau de posicionamento fixo se encontra o antebraço pronado e de sua profissão, ocupação. Portanto na sinostose radioulnar congênita uma avaliação clínica minuciosa deve ser realizada para indicação de procedimentos cirúrgicos. Há um consenso de que sendo unilateral o lado dominante deve ser mantido em 0 a 15 graus de pronação e quando bilateral o dominante em torno de 20 graus de pronação e o não-dominante em posição neutra.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não deve ser operada antes da maturidade imunológica dos 6 meses de vida. Há controvérsia em relação a idade ideal da correção cirúrgica. Infecção em atividade é contraindicação.	
Exames da Indicação	Radiografias em incidência AP e Perfil dos antebraços (devendo incluir articulações do cotovelo e do punho acometido), Tomografia computadorizada com reconstruções axiais e em 3D (são importantes para o planejamento pré-operatório).	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.20.13-3	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	11B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.30.09-0	Fasciotomias (descompressivas) ¹	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	3
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1 a 2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Manter aparelho gessado – inicialmente tala axilo-palmar e posteriormente gesso fechado a ser colocado em torno de 10 dias após inspeção da ferida operatória. Devendo ser usado até consolidação e por volta de 2 meses. Retirada de fios e acompanhamento a cada 3 meses no primeiro ano e anualmente até maturidade esquelética.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A fasciotomia do grupamento flexor e extensor do antebraço deve ser realizado nos casos de grandes correções rotacionais (maior que 85 graus) para evitar a ocorrência de síndrome compartimental que pode trazer um resultado desastroso ao paciente.	

Nome do Procedimento	3.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTROSE, RIGIDEZ ARTICULAR, LUXAÇÕES INVETERADAS CRÔNICAS (SLAC E SNAC WRIST/IMPACTO ULNOCARPAL-WAFER/DOENÇA DE KIEMBOCK)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das patologias crônicas do punho, como SLAC e SNAC wrist, impacto ulnocarpal (procedimento wafer) e doença de Kienböck, tem como objetivo aliviar a dor, restaurar a função e retardar a progressão degenerativa. As abordagens incluem osteocondroplastia com estabilização ou ressecção articular, condroplastia com remoção de corpos livres, e, nos casos de sinovite associada, sinovectomia parcial, subtotal ou total. Em colapsos estruturais, pode ser necessário o uso de enxerto ósseo autólogo para preenchimento e suporte biomecânico. Dependendo do estágio e da integridade articular remanescente, opta-se por carpectomia proximal, fusão intercarpal ou artrodeses parciais/totais como procedimentos de resgate. A escolha da técnica cirúrgica é individualizada, baseada na gravidade da lesão, perfil funcional do paciente e integridade cartilaginosa.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M15.0 M15.4 M19.8 M19.9	
Indicação	Rigidez articular, artrose e luxações inveteradas crônicas	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal	11C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 A 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 A 4.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
	MINI HABLATOR OU RADIO FREQUÊNCIA	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm DE TAMANHO	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm ¹	1 - 3
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ²	2
	PARAFUSO DE HERBERT OU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO	2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR ³	3
	MEMBRANA DE COLÁGENO ⁴	1
	KIT MOSAICOPLASTIA ⁵	1
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ⁶	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial de 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (¹) Âncoras para qualquer reconstrução ligamentar. Há ancoras de suturas diversas (botão de sutura “tigh rope”/âncoras trans ósseas regulares) com materiais metálicos ou bioabsorvíveis (²) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar (³) Substituto ligamentar (enxerto) (⁴) Para lesões osteocondrais (⁵) Para lesões osteocondrais extensas (⁶) Dispositivo com duplo travamento para sutura e reconstrução ligamentar	

Nome do Procedimento	3.21 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTRITE SÉPTICA NOS OSSOS DA MÃO E PUNHO - ARTROSCÓPICO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da artrite séptica nos ossos da mão e punho tem como objetivos erradicar o agente infeccioso, preservar estruturas articulares e restaurar a função. A intervenção inclui drenagem cirúrgica com ampla irrigação, associada à sinovectomia total, parcial ou subtotal, conforme a extensão do comprometimento sinovial. Quando há lesão condral significativa ou formação de detritos articulares, realiza-se condroplastia com remoção de corpos livres e debridamento das superfícies articulares. O tratamento é complementado por antibioticoterapia guiada por cultura e imobilização temporária, com início precoce de reabilitação após controle da infecção.	
CIDs do Procedimento	M00.2	
Indicação	Artrite séptica	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal	11C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	3.22 — ARTROPLASTIA DE PUNHO - ABERTA	
Descrição do procedimento	Identificação de ramos interósseo posterior e ramos do sensitvo radial e microneurólise dos mesmos com uso de lupa, retirada dos ossos do carpo necessários, enxertia óssea em area de falhas, artroplastia do punho, encurtamento do estilóide radial	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9	
Indicação	Artrose do punho sintomática	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Ausência de artrose	
Exames da Indicação	Radiografia do punho,Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.21.06-7	Artroplastia do punho (com implante) - tratamento cirúrgico	11B
3.07.21.22-9	Ressecção de osso do carpo - tratamento cirúrgico	10C
3.07.21.12-1	Encurtamento rádio/ulnar	8B
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTRODESE PUNHO (1 PLACA BLOQUEDA ARTRODESE PUNHO + 4 PARAFUSOS BLOQUEADOS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS)	1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	6
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	4
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM TITÂNIO	4
	PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO SEM CABEÇA CÔNICO	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	3.23 — ARTROPLASTIA DE PUNHO - ARTROSCÓPICA	
Descrição do procedimento	A artroplastia de punho por via artroscópica é um procedimento minimamente invasivo utilizado para tratar condições degenerativas ou traumáticas que comprometem a articulação do punho. Essa técnica preserva estruturas saudáveis, reduz danos aos tecidos moles e promove uma recuperação mais rápida em comparação aos métodos abertos tradicionais.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2 M19.8 M19.9	
Indicação	Artrose do punho	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Ausência de artrose sintomática	
Exames da Indicação	Radiografia do punho,Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética¹	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total	11C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA P/PUNHO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER SINOVIAL ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 04 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO), 01 MINI LÂMINA SHAVER ÓSSEO	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	4
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM TITÂNIO	4
	PARAFUSO AUTOCOMPRESSIVO SEM CABEÇA CÔNICO	4
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	6
	PROTESE DE PUNHO	1
	PRESILHA DE DEDO	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	3.24 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO SINOVIAL	
Descrição do procedimento	O procedimento consiste na retirada da origem do cisto independente da localização por acesso aos portais rádio carpais (3-4, 6R, 1-2), mediocarpais (1U e 1R), em algumas situações necessário portal STT, ressecção do cisto, se dorsal, junto ao ligamento escafolunar, se volar, junto ao ligamento radioscafo capitato e radiossemilunar longo, e ambos pode ter origem na STT, seguido de reparo ligamentar do ligamento dorsal capsular escafolunar septal (DCSS) ou de qualquer estrutura ligamentar lesada pela degeneração mucinosa deste (origem). Ressecados por vídeo necessitam, em alguns casos, a reconstrução do ligamento DCSS ou correção de lesão pré dinâmica.	
CIDs do Procedimento	M71.3 R22.3 S63.3 M19.0	
Indicação	Pacientes com sintomas dorsais e do movimento além da sinovectomia podem necessitar se caso constado no exame físico.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.01-0	Sinovectomia total¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	11C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular²	9C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)²	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (MALHA CHINESA)	1
	MINI HABLATOR OU RADIO FREQUÊNCIA	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm³	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial de 2 a 6 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	A colocação de um 3 código em casos bem definidos é pertinente.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si. Recomendamos a sinovectomia total pois, nestes casos, há abordagem de mais de uma articulação em geral para avaliar a origem do cisto.	
	(²) Procedimentos excludentes entre si. Se o cirurgião somente referir o tratamento do impacto dorsal com desbridamento da capsula, lesões de origem a STT e remoção de corpos livres pode ser pertinente o código de condroplastia.	
	(³) Se caracterizado lesão ligamentar.	

Nome do Procedimento	3.25 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO SINOVIAL - ARTROSCÓPICO (VOLAR E DORSAL)	
Descrição do procedimento	Acesso aos portais radio carpais (3-4, 6R, 1-2), mediocarpais (1U e 1R), em algumas situações necessário portal STT, ressecção do cisto se dorsal (junto ao ligamento escafolunar) se volar junto ao ligamento radioscafo-capitato e radiossemilunar longo, e ambos pode ter origem na STT, seguido de reparo ligamentar do ligamento dorsal capsular escafolunar septal (DCSS) ou de qualquer estrutura ligamentar lesada pela degeneração mucinosa deste (origem)	
CIDs do Procedimento	R22.3 M71.3	
Indicação	Cisto Sinovial	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.37.01-0	Sinovectomia total ¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	11C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres) ²	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA P/PUNHO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER 2,2MM - 3.5MM, 01 MINI PONTEIRA P/RADIOFREQUENCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS P/ARTROSCOPIO)	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com consultas na 1ª, 2ª, 4ª, 8ª, 12ª e 24ª semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A depender do caso pode ser aceito um ou outro código (²) Origem STT e outros achados descritos associados	

Nome do Procedimento	3.26 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIBROCARILAGEM AGUDA/FRATURA DA ESTILOIDE DA ULNA (COM LESÃO LIGAMENTAR)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da lesão aguda da fibrocartilagem triangular (FCT) associada à fratura da estilóide da ulna com instabilidade do complexo ligamentar envolve a fixação da fratura, geralmente com fio de Kirschner ou parafuso, e a reinserção do complexo da FCT ao processo estilóide ou à fôvea ulnar, utilizando âncoras de sutura. A abordagem pode ser aberta ou artroscópica, conforme a extensão da lesão e experiência do cirurgião.	
CIDs do Procedimento	S63.0 S63.3 S63.5	
Indicação	Instabilidade da articulação rádio-ulnar distal (ARUD), Fratura da base da estilóide ulnar com avulsão do ligamento da FCT, Desinserção da FCT da fôvea ulnar, lesões complexas associadas.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Pacientes com baixa demanda funcional ou contraindicações clínicas ao procedimento	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	11C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)²	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)²	8C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.03.10-7	Primeiro radial externo (extensor carpi radialis longus)³	12B
3.07.03.09-3	Outros transplantes musculares³	12B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	1
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	MINI PARAFUSO CORTICAL (2.0, 1.5, 1.2mm) ^	2
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm ^B	1 - 2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^c	1-2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR	1
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ^D	1-2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si.	
	(²) Procedimentos excludentes entre si.	
	(³) Para casos que necessitar reparo microvascular	
	OPMEs	
	(A) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (outros ossos do carpo/estilóide da ulna)	
(B) Âncoras possíveis nas lesões associadas ligamentares ou reinserções ósseas pequenas. Há âncoras de suturas diversas (botão de sutura/âncoras trans ósseas regulares)		
(c) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar		
(D) Dispositivo com duplo travamento para sutura e reconstrução ligamentar		

Nome do Procedimento	3.27 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIBROCARILAGEM CRÔNICA	
Descrição do procedimento	A abordagem preferencial é a artroscópica, permitindo a identificação precisa da lesão e tratamento direcionado. Em lesões degenerativas, realiza-se desbridamento seletivo; já nas lesões com instabilidade, pode ser necessária a reconstrução ou reinserção da fibrocartilagem triangular (FCT) na fôvea ulnar com uso de âncoras. Em casos com ulna plus associada, indica-se osteotomia de encurtamento da ulna.	
CIDs do Procedimento	S63.0 S63.3 S63.5	
Indicação	Dor ulnar persistente, instabilidade da articulação rádio-ulnar distal (ARUD) e falha do tratamento conservador	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	11C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)²	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)²	8C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.03.10-7	Primeiro radial externo (extensor carpi radialis longus)³	12B
3.07.03.09-3	Outros transplantes musculares³	12B
3.07.21.02-4	Alongamento do rádio/ulna - tratamento cirúrgico	11B
3.07.21.12-1	Encurtamento rádio/ulnar	8B
3.07.21.06-7	Artroplastia do punho (com implante) - tratamento cirúrgico	11B
3.07.21.21-0	Pseudartroses - tratamento cirúrgico	10C
3.07.21.05-9	Artrodese rádio-cárpica ou do punho	7C
3.07.20.20-6	Ressecção segmentar ao nível do antebraço	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	1
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	MINI PARAFUSO CORTICAL (2.0, 1.5, 1.2mm) ^	2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^	2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR ^	1
	PLACA DCP 3.5mm ^	2
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm ^	2
	PARAFUSO DE HERBERTOU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO ^	2
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ^	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(¹) Procedimentos excludentes entre si. (²) Procedimentos excludentes entre si.		
(³) Para casos que necessitem de reparo microvascular		
OPMEs		
(A) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (outros ossos do carpo/estiloide da ulna) (B) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar.		
(c) Substituto ligamentar (enxerto)		
(D) Somente para casos que necessitem de reparo microvascular (E) Para tratamento de impacto ulnocarpal		
(F) Dispositivo com duplo travamento para sutura e reconstrução ligamentar		

Nome do Procedimento	3.28 — ESCAFOLUNAR (AGUDA E CRÔNICA)/TRATAMENTO DE DCSS/LUXAÇÃO PERILUNAR OU FRATURAS LUXAÇÕES/LESÃO SEMILUNOPIRAMIDAL/HALT SÍNDROME	
Descrição do procedimento	Acesso aos portais radio carpais (3-4, 6R, 6U, 1-2, 4-5 descritos, DF), mediocarpais (1U e 1R), em algumas situações necessário portal STT e portais volares radiocarpais. Reparo ligamentar deve ser descrito por vídeo e/ou fixação desta (reinserção de fragmento ósseo).	
CIDs do Procedimento	S63.0 S63.3 S63.5	
Indicação	Lesão escafolunar aguda com instabilidade, Lesão escafolunar crônica / DCSS (dissociação escafolunar), Luxação perilunar e fratura-luxação, Lesão semilunopiramidal, HALT síndrome	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total ¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	11C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia) ²	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres) ²	8C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.03.10-7	Primeiro radial externo (extensor carpi radialis longus) ³	12B
3.07.03.09-3	Outros transplantes musculares ³	12B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm	1 - 3
	MINI PARAFUSO CORTICAL (2.0, 1.5, 1.2mm) ^A	2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^B	2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR ^c	1
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm	3
	PARAFUSO DE HERBERT OU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO ^B	ATE 2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si. (²) Procedimentos excludentes entre si. (³) Para casos que necessitar reparo microvascular OPMEs (^A) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (outros ossos do carpo/estiloide da ulna) (^B) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar. (^c) Substituto ligamentar (enxerto)	

Nome do Procedimento	3.29 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA E PSEUDOARTROSE DO ESCAFOÍDE E OSSOS DO CARPO - ABERTA OU ARTROSCÓPICA	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico aberto ou artroscópio da fratura e pseudoartrose do escafoide e outro osso do carpo é indicado em casos de fraturas deslocadas, instáveis, cominutivas, de não consolidação, ou associadas a risco de necrose avascular, especialmente em lesões do polo proximal. A abordagem pode ser volar ou dorsal, conforme a localização da lesão permitindo redução anatômica direta sob visualização e fixação interna	
CIDs do Procedimento	M84.0 S62.0	
Indicação	- Fraturas instáveis ou deslocadas: Fragmentos ósseos desalinhados ou com espaço significativo entre eles. - Fraturas no terço proximal do escafoide: Região com suprimento sanguíneo limitado, aumentando o risco de pseudoartrose. - Fraturas não consolidadas: Falha na cicatrização após tratamento conservador. - Pseudoartrose do osso escafoide, falha na consolidação do osso do escafoide - Atletas ou profissionais que precisam de retorno rápido às atividades: A cirurgia pode permitir mobilização precoce.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	- Fraturas estáveis sem deslocamento: Geralmente tratadas de forma conservadora com gesso. - Condições médicas graves: Riscos cirúrgicos elevados em pacientes com comorbidades significativas (ex.: insuficiência cardíaca descompensada, infecção ativa). - Osteoporose avançada: Pode comprometer a fixação dos parafusos. - Idade avançada com função limitada do punho: Cirurgia pode não oferecer benefícios funcionais significativos em relação ao tratamento conservador.	
Exames da Indicação	Radiografia do punho, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia ¹	10C
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	6A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA ESPECÍFICA DE ÂNGULO VARIÁVEL OU NÃO, EM TITÂNIO ou AÇO	1-2
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	LÂMINA DE SHAVER OSSEA	1-2
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9MM	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	ÂNCORAS COM FIOS DE ALTA RESISTENCIA ^A	1-2
	PARAFUSO DE HERBERTOU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO ^B	1-2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/Hospital Dia
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhamento em 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Se lesões associadas, acrescentar 01 (um) dos códigos com 50% do valor deste; SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Acrescentar remuneração adicional, se anestesia local = + 15 % do honorário médico OPMES (^A)Âncoras possíveis nas lesões associadas ligamentares ou reinserções ósseas pequenas. Há ancoras de suturas diversas (botão de sutura/ancoras trans ósseas regulares). (^B)Parafuso de aço ou titânio depende da disponibilidade. Parafuso em titânio tem maior qualidade. Há diferentes numerações 2.0 a 3.5mm.	

Nome do Procedimento	3.30 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES LIGAMENTARES ESCAFOLUNAR, FIBROCARILAGEM E OUTRAS DO CARPO, LESÕES CÍSTICAS ASSOCIADAS A LESÕES LIGAMENTARES DO PUNHO E LIGAMENTARES DA MÃO - ABERTA OU ARTROSCÓPICA	
Descrição do procedimento	As lesões ligamentares do punho e da mão representam importante causa de dor e instabilidade funcional, frequentemente relacionadas a traumas torcionais ou quedas com o punho em extensão. Entre elas, destacam-se as lesões do ligamento escafolunar, principal estabilizador do carpo proximal, e as lesões da fibrocartilagem triangular (TFCC), que comprometem a estabilidade ulnocárpica. Essas alterações podem ocorrer isoladamente ou associadas a lesões císticas (como cistos intraósseos ou ganglionares), geralmente secundárias a degeneração ligamentar crônica. No contexto de codificação, devem ser diferenciadas as lesões isoladas do punho (escafolunar, lunotriquetral, TFCC) das lesões ligamentares da mão propriamente dita, atentando-se ao tipo de acesso (aberto ou artroscópico) e à eventual associação com cistos sinoviais ou degenerativos.	
CIDs do Procedimento	M84.0 S62.0	
Indicação	Lesões ligamentares do punho e da mão	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não pertinentec.	
Exames da Indicação	Radiografia do punho,Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular¹	10C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA	1-2
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	LÂMINA DE SHAVER OSSEA	1-2
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9MM	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	ÂNCORAS COM FIOS DE ALTA RESISTENCIA ^B	1-2
	PARAFUSO DE HERBERTOU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO ^c	1-2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/Hospital Dia
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhamento em 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Se lesões associadas, acrescentar 01 (um) dos códigos com 50% do valor deste; SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Acrescentar remuneração adicional, se anestesia local = + 15 % do honorário médico OPMES (^A) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar (^B) Âncoras possíveis nas lesões associadas ligamentares ou reinserções ósseas pequenas. Há ancoras de suturas diversas (botão de sutura/ancoras trans ósseas regulares). (c) Parafuso de aço ou titânio depende da disponibilidade. Parafuso em titânio tem maior qualidade. Há diferentes numerações 2.0 a 3.5mm.	

Nome do Procedimento	3.31 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS	
Descrição do procedimento	Envolve síndromes neuropática compressivas do carpo, ulnar, fibular, tarso, dentre outras. O tratamento cirúrgico das neuropatias compressivas envolve a descompressão precisa do nervo afetado, por meio de técnicas como neurólise externa e, quando indicado, microneurólise intraneural ou intrafascicular, especialmente em casos associados a fibrose ou aderências. Procedimentos como a descompressão do túnel do carpo são exemplos clássicos e amplamente realizados. Em situações de compressão por causas inflamatórias ou tumorais, emprega-se o tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas, podendo incluir dissecação muscular, tenólise no túnel osteofibroso e sinovectomia total para remoção de estruturas adjacentes patológicas.	
CIDs do Procedimento	A30.0 A30.1 A30.2 A30.3 A30.4 A30.5 A30.8 A30.9 B92 G58.9 G56.0 G56.1	
Indicação	Descompressão de nervos periféricos e restauração de grau funcional.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coagulopatia descompensada e contraindicação clínica ou anestésica	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética do membro envolvido, Eletro-neuromiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório, etc)	8B
3.07.37.07-9	Túnel do carpo - descompressão ¹	11C
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas	6C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.30.05-8	Dissecação muscular	3C
3.07.36.01-3	Sinovectomia total ²	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total ³	11C
2.02.02.04-0	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia ⁴	12A
2.02.02.09-1	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia espinhais e ortopedia ⁴	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	1
	CURATIVO ESTÉRIL DE FILME TRANSPARENTE OU PELÍCULA PROTETORA ADESIVO	1
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁴	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Acrescentar este código quando Síndrome do Túnel do Carpo. ⁽²⁾ Acrescentar este código quando cirurgião optar por esta técnica na descompressão do túnel do carpo. ⁽³⁾ Acrescentar este código quando cirurgião optar por esta técnica na descompressão ulnar ⁽⁴⁾ A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit neurológico pré-existente). Nesses casos, deverá ser selecionado apenas 1 dos códigos para a cobrança do procedimento. Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	

Nome do Procedimento	3.32 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO - ENDOSCÓPICO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo consiste na liberação do ligamento transversso do carpo por via minimamente invasiva, com o objetivo de descomprimir o nervo mediano. A técnica pode ser realizada por via uniportal ou biportal, utilizando-se uma cânula endoscópica e instrumentos específicos para visualização direta e secção controlada do ligamento. Realizado por via endoscópica ou aberta.	
CIDs do Procedimento	G56.0 G56.8 G56.9	
Indicação	Depende da situação	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Doença reumatológica ativa, etiologia de origem anatômica	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Ressonância Magnética, Ultrassom, Eletromiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.07-9	Túnel do carpo - descompressão	11C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	11C
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo²	7C
3.14.03.35-2	Transposição de nervo²	10A
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório, etc)²	8B
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas	6C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE DESCOMPRESSÃO ENDOSCÓPICA ^	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 2 a 6 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si.	
	(²) Procedimentos excludentes entre si.	
	OPMEs	
	(A) A lâmina é específica para o tipo de aparelho (podendo haver adaptações).	

Nome do Procedimento	3.33 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES LIGAMENTARES DE PEQUENAS ARTICULARES (STENER/COLATERAL ULNAR DO POLEGAR/INTERFALANGEANAS E METACARPOFALANGEANAS)	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das lesões ligamentares de pequenas articulações, como o ligamento colateral ulnar da articulação metacarpofalangeana do polegar (lesão de Stener), e das articulações interfalangeanas e metacarpofalângicas, é indicado quando há ruptura completa, instabilidade articular ou interposição de estruturas impeditivas à cicatrização (como a aponeurose do adutor no caso da lesão de Stener). A abordagem envolve a identificação e reinserção do ligamento lesado ao seu ponto de origem ou inserção óssea, utilizando sutura transóssea ou âncoras de fixação. Em casos crônicos ou com avulsão óssea, pode ser necessário enxerto ligamentar ou fixação com fios de Kirschner. O objetivo é restabelecer a estabilidade articular e prevenir deformidades e perda funcional.	
CIDs do Procedimento	S63.1 S63.4 S63.6	
Indicação	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR c	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	11C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)²	10C
3.07.37.03-6	Condroplastia (com remoção de corpos livres)²	8C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm	1 - 3
	MINI PARAFUSO CORTICAL (2.0, 1.5, 1.2mm) ^	2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^	2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR c	3
	PARAFUSO DE HERBERT OU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO	2
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ^	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si.	
	(²) Procedimentos excludentes entre si.	
	OPMEs	
	(A) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (outros ossos do carpo/estiloide da ulna) (B) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar.	
(c) Substituto ligamentar (enxerto)		
(D) Dispositivo com duplo travamento para sutura e reconstrução ligamentar		

Nome do procedimento	3.34 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO TORTA RADIAL	
Descrição do procedimento	A correção da deformidade congênita da mão torta radial envolve várias etapas complexas realizadas de forma integrada. Primeiro, a pele redundante da borda ulnar é transformada em um retalho e transposta para o lado radial para corrigir o déficit de cobertura cutânea. Em seguida, realiza-se a dissecação detalhada e microneurólise do nervo mediano, que geralmente está deformado e desviado, e do ramo sensitivo dorsal do nervo ulnar, garantindo a preservação da função nervosa. Depois, é feita a tenoplastia, que inclui a liberação ou alongamento de tendões deformantes, como o flexor radial do carpo e o braquiestilorradial, para corrigir a posição do punho. A ulna é centralizada em relação ao carpo e estabilizada temporariamente com um fio de Kirschner, enquanto tendões, como o extensor ulnar do carpo e o flexor ulnar do carpo, podem ser transpostos, encurtados e reinseridos na base do quinto metacarpo para reequilibrar as forças do punho. Por fim, em casos onde a ulna apresenta angulação superior a 30 graus, realiza-se uma osteotomia corretiva para alinhar o osso e garantir melhor funcionalidade e estética.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.0 Q71.4	
Indicação	Mão torta radial ou agenesia total ou parcial do rádio	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não deve ser operada antes da maturidade imunológica dos 6 meses de vida.	
Exames da Indicação	Radiografias AP/Perfil do antebraço acometido e contra-lateral¹	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.22.22-5	Centralização da ulna (tratamento da mão torta radial)	10A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.20.13-3	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico¹	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1 a 3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial retorno com 07 dias, manter gesso por 8 semanas seguido de uso de órtese até 6 anos de idade.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A osteotomia da ulna deve ser realizada adicionalmente quando a mesma tem angulação maior do que 30 graus de forma que a colocação do fio de Kirschner permaneça em todo canal medular da ulna.	

Nome do procedimento	3.35 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO TORTA ULNAR	
Descrição do procedimento	O procedimento envolve a marcação e elevação de um retalho bilobado no dorso ulnar do punho, seguido de dissecação cuidadosa para microneurólise dos ramos sensitivos dorsais do nervo ulnar e excisão do cordão fibro-tendinoso entre a ulna e os ossos do carpo (tenoplastia). Pela via de Boyd, realiza-se a osteotomia da ulna e instalação de fixador externo para alongamento ósseo, enquanto pela via de Thompson no lado radial, faz-se a osteotomia do rádio com fixação por fio de Kirschner ou placa e parafusos, além da tenólise e transposição do tendão braquioestilorrádial para reconstrução da membrana interóssea. Nos casos de agenesia total da ulna, realiza-se a centralização do rádio e a transposição do tendão extensor ulnar do carpo para o lado radial. O procedimento visa corrigir deformidades complexas, restaurar a funcionalidade e melhorar a estética da mão e punho.	
CIDs do Procedimento	Q74.0 Q71.5 Q71.4 Q68.8	
Indicação	A cirurgia para tratar a mão ulnar é indicada em casos de agenesia parcial ou total da ulna quando o desvio ulnar progressivo causa instabilidade, limitação e dificuldade para realizar tarefas simples do dia a dia, especialmente as que requerem força na mão. O objetivo é alcançar um punho centralizado e funcional, utilizando procedimentos que equalizem o rádio e a ulna ou, em casos de ausência total da ulna, centralizem o rádio com transposição tendinosa para melhorar a funcionalidade.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não deve ser operada antes da maturidade imunológica dos 6 meses de vida. Infecção em atividade.	
Exames da Indicação	Radiografias em incidência AP e Perfil do antebraço acometido e do contra-lateral. Radiografias dos punhos e cotovelos em incidência AP e Perfil de ambos os membros.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.20.13-3	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico ¹	11B
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ²	6A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.20.02-8	Alongamento dos ossos do antebraço com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico	7C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	3
	FIXADOR EXTERNO C/SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	1
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	6
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE, AUTORESQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	6
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial. Retorno com 07 dias, iniciar processo de alongamento ósseo com 14 dias de pós-operatório. Acompanhamento mensal com radiografias. Retirada de fixador após comprimento de ulna alcançado. Acompanhamento até maturidade esquelética	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A osteotomia do rádio deve ser realizada adicionalmente quando o mesmo tem angulação maior do que 30 graus. Nos pacientes ausência total da ulna e deverá ser feita uma transposição (²) Dos tendões ulnares para o lado radial do punho. Como em todas as deformidades congênita há pacientes com uma maior complexidade de alterações em que mais procedimentos cirúrgicos possam ser necessários.	

Nome do Procedimento	3.36 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO EM FENDA	
Descrição do procedimento	O procedimento inicia com a marcação de retalho de pele e elevação de retalho local com objetivo de realizar um encurtamento da pele na fenda e/ou transpor a mesma pele para abertura do primeiro espaço que se encontra em adução. Realiza-se a transferência do segundo metacarpo para base do terceiro metacarpo após liberação de musculatura interóssea e osteotomia com fixação através de fios de Kirchener. O fechamento da fenda é reforçado com o reparo do ligamento intermetacarpiano entre o segundo e o quarto metacarpo. Em sua maioria, a deformidade de mão em fenda apresenta uma adução do polegar ao segundo raio onde é feita uma miotomia do adutor e do primeiro interósseo na diáfise do segundo metacarpo sendo em seguida feita ostetotomia da base do primeiro metacarpo com objetivo de rodá-lo colocando assim o polegar em posição de oposição aos dedos centrais. Com o retalho levantado de pele da fenda se faz a primeira comissura com abertura da adução do polegar. Trata-se de cirurgia com grau de complexidade bem elevado sendo necessário por vezes procedimentos adicionais como ressecção óssea, liberação de sindactílias, tenoplastias e até zetaplastias múltiplas para melhora estética e funcional.	
CIDs do Procedimento	Q74.0 Q71.6 Q74.9 Q68.1	
Indicação	A deformidade congênita em fenda das mãos, popularmente conhecida como mãos em lagosta ou ectrodactilia é devido a uma falha de formação de elementos centrais da mão levando a uma alteração marcante do ponto de vista estético porém com funcionalidade preservada na maioria dos casos; por isso deve-se fazer uma análise crítica da indicação da cirurgia sempre se levando em consideração a função do paciente, o tipo e a gravidade da lesão sendo também levado em consideração mais atualmente o discutível caráter estético.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não deve ser operada antes da maturidade imunológica dos 6 meses de vida. Infecção em atividade	
Exames da Indicação	Radiografias em incidência AP/Perfil e oblíquo de mãos bilateral e em AP e Perfil de punhos bilateral.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.47-0	Lesões ligamentares crônicas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial	9B
3.07.22.84-5	Transposição de dedo - tratamento cirúrgico	9A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.30.04-0	Desincisão ou miotomia	3C
3.07.22.79-9	Sindactilia de 2 dígitos - tratamento cirúrgico ¹	10C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ²	6A
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W ³	4A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial. Retorno com sete dias; Reavaliações quinzenais; Retirada de aparelho gessado ou curativo com seis semanas junto com os fios K, caso haja consolidação. Encaminhado a reabilitação. Consultas a cada três meses e, após um ano de cirurgia, controle anual até a maturidade esquelética.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A Sindactilia entre primeiro e segundo dedos ou, entre quarto e quinto dedos é condição comumente encontrada na mão em fenda e pode ser liberada no tempo de fechamento da fenda associadamente. (²) Por vezes, é necessário realizar divisão ou transpor tendões para suprir ausentes. (³) A retração com encurtamento de pele levando a deformidade no polegar é corrigida com zetaplastias múltiplas.	

Nome do procedimento	3.37 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA AGENESIA DE TENDÕES EXTENSORES	
Descrição do procedimento	Na apresentação clínica da agenesia dos extensores a criança acometida tem ausência de extensão de um dedo ou de todos os dedos. No caso de apenas um dedo acometido a disfunção se dá ao nível da interfalangeana proximal já quando todos os dedos estão acometidos, tal disfunção acontece nas metacarpo falangeanas. Nos dois casos a correção se dá pela transferência de tendão ativo para suprir a ausência de função do local acometido. Quando se trata de apenas um dedo se usa o tendão extensor viável do dedo vizinho e quando se trata de vários dedos acometidos a preferência é pelo uso de um tendão flexor superficial preferencialmente do quarto dedo. Tal tranferência vem acompanhada de tenólise no tunel osteofibroso, realinhamento de aparelho extensor frouxo ou hipoplasico, tenotomia para transferência e abertura do sistema de polias.	
CIDs do Procedimento	M67.9 Q68.1 Q70.0 Q74.8 Q74.9	
Indicação	Paciente com ausência de extensão em dedos das mãos desde o nascimento sem sinais de bloqueios mecânicos como em contraturas, dedos em gatilho ou artrogiroses.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não há contra indicação formal, a falta de condições clínicas pode ser uma contraindicacação relativa.	
Exames da Indicação	O Ultrassom de partes moles da mão acometida ou a Ressonância Magnética determinam a ausência dos tendões em sua topografia habitual.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.31.01-1	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.26.23-9	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico¹	7B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1-3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Acompanhamento semanal em ambulatório de cirurgia da mão com curativos iniciados em 1 ou 2 semanas a critério do médico responsável. Necessidade de imobilização no pós-operatório por cerca de 4 semanas com gesso ou tala gessada.Resolubilidade moderada para os casos operados.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Devido a apresentações diferentes em diferentes dedos, cada caso deve ser avaliado pelo médico responsável quanto a escolha de qual transferência será realizada. O código de Tenólise no tunel osteofibroso não está cadastrado corretamente e assim foi inserido apenas seu número sem a descrição na coluna do descritico. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade.	

Nome do Procedimento	3.38 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DOS TENDÕES EXTENSORES MÃO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das rupturas dos tendões extensores da mão envolve múltiplas estratégias, de acordo com a gravidade e complexidade da lesão. A tenoplastia com enxerto de tendão é indicada em casos de falhas extensas, enquanto a tenólise no túnel osteofibroso pode ser necessária para restaurar o deslizamento tendíneo. Em perdas funcionais irreversíveis, realiza-se transposição de um ou mais tendões, com técnicas específicas conforme a necessidade motora. Lesões nervosas associadas exigem microneurografia, microneurólise intraneural (de um ou mais nervos) ou enxerto de nervo, especialmente quando há lesão cominutiva óssea ou lacerações extensas. A presença de isquemia digital pode requerer exploração vascular e revascularização de dedos. Ferimentos amplos ou sequelas cicatriciais demandam exérese com enxerto cutâneo ou retalho fasciocutâneo axial, e nas lesões articulares, é indicada a reparação cirúrgica dos ligamentos.e nervos, vasos e tecidos deve ser feita, se possível, durante a cirurgia primária para otimizar os resultados funcionais.	
CIDs do Procedimento	S66.9 S64.9 S65.9	
Indicação	Reconstrução tendão extensor e lesões associadas	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Doença sistema grave	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.14.03.25-5	Microneurografia de dedos da mão	8B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ²	7C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos ²	8B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.22.75-6	Revascularização do polegar ou outro dedo (por cada dedo adicional revascularizado será adicionado o porte 3B)	13A
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo	8A
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial	9B
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.07.22.47-0	Lesões ligamentares crônicas da mão - reparação cirúrgica	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	1
	GEL BARREIRA DE ADESÃO PARA CIRURGIA DE TENDÃO E/OU NERVOS PERIFÉRICOS COM PEO	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário, semanal, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Procedimentos excludentes entre si. ⁽²⁾ Procedimentos excludentes entre si.	

Nome do Procedimento	3.39 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RUPTURA DE TENDÕES FLEXORES DA MÃO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da ruptura dos tendões flexores da mão requer abordagem individualizada conforme a localização, gravidade e estruturas associadas. Em lesões agudas, prioriza-se a sutura direta, enquanto casos crônicos ou com afastamento tendíneo exigem tenoplastia com enxerto de tendão. Quando há aderência significativa, realiza-se tenólise no túnel osteofibroso. Situações com perda funcional irreversível podem demandar transposição de um ou mais tendões para restauração do movimento. Se houver lesão nervosa associada, indica-se microneurorrafia digital, microneurólise intraneural (de um ou mais nervos) e, se necessário, enxerto de nervo. Presença de lesão vascular exige exploração vascular e, em casos de isquemia, revascularização do polegar ou outros dedos. Lesões extensas podem demandar exérese de tecido com enxerto cutâneo ou rotação de retalho fasciocutâneo, especialmente em áreas digitais críticas como a face volar e látero-cubital.	
CIDs do Procedimento	S66.9 S64.9 S69.9 S67.8 S65.9	
Indicação	Reconstrução tendínea e de lesões associadas	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Doença sistêmica grave	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.14.03.25-5	Microneurorrafia de dedos da mão	8B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ²	7C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos ²	8B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.22.75-6	Revascularização do polegar ou outro dedo (por cada dedo adicional revascularizado será adicionado o porte 3B)	13A
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo	8A
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial	9B
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
	LOOP CONTÍNUO DE SUTURA UHMWPE PARA REPARO LIGAMENTAR/TENDÍNEO	1
	GEL BARREIRA DE ADESÃO PARA CIRURGIA DE TENDÃO E/OU NERVOS PERIFÉRICOS COM PEO	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário, semanal, mensal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Procedimentos excludentes entre si. ⁽²⁾ Procedimentos excludentes entre si.	

Nome do Procedimento	3.40 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIBROMATOSE PALMAR (DOENÇA DE DUPUYTREN)		
Descrição do procedimento	A Doença de Dupuytren caracteriza-se por fibrose e retração progressiva da fáscia palmar, levando à contratura em flexão dos dedos. O tratamento cirúrgico, por fasciotomia, fasciectomia ou técnicas minimamente invasivas, tem como objetivo restaurar a extensão e a função da mão. Lesões com necessidade de cobertura devido exposição neurotendinosa e ou óssea sem possibilidade de fechamento primário das lesões. Na codificação, incluem-se os procedimentos de reparo de lesões digitais e ungueais, bem como as correções de contraturas de Dupuytren, independentemente da técnica empregada (aberta, percutânea ou minimamente invasiva).		
CIDs do Procedimento	M72.0 M20.0 M65.9 G56.9		
Indicação	Contratura em flexão significativa, impacto funcional		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Doença sistêmica grave		
Exames da Indicação	Diagnóstico essencialmente clínico, Ultrassom (realizada por Radiologista ou pelo próprio Cirurgião de Mão com RQE para especialidade)		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento		Porte
3.07.22.10-1	Aponeurose palmar (ressecção): tratamento cirúrgico		10A
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial		9B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	COLA DE FIBRINA		Variável
	FIO DE SUTURA MICROCIRURGICA COM PONTA ROMBA (DIÂMETRO 7.0 ATE 13.0)		Variável
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)/Hospital dia
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Semanal/mensal/anual		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Procedimento realizado a nível ambulatorial ou Hospitalar. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Acrescentar remuneração adicional, se anestesia local = + 15 % do honorário médico.		

Nome do Procedimento	3.41 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RIZARTROSE – ABERTO E ARTROSCÓPICO		
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da rizartrose (artrose da articulação trapézio-metacarpiana) tem como objetivo aliviar a dor, restaurar a estabilidade e preservar a mobilidade e a função da base do polegar. As opções cirúrgicas variam de acordo com o grau de degeneração articular (classificação de Eaton-Littler), a idade, a demanda funcional e a estrutura ligamentar residual, podendo incluir: - Ressecção total ou parcial do trapézio (trapeziectomia); - Reconstrução ligamentar com hemitendão ou tendão completo (geralmente FCR, APL ou PL); - Artroplastia de interposição (hematoma ou tendínea); - Fixação temporária com fio de Kirschner; - Suspensão metacarpiana com Endobutton; - Artroplastia com implante protético (parcial ou total). Nos casos indicados, pode-se empregar via artroscópica, que permite ressecção parcial ou total do trapézio, interposição tendínea, reconstrução ligamentar e controle visual direto, com menor morbidade e reabilitação mais precoce.		
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M15.0 M15.4 M19.8 M19.9		
Indicação			
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Não pertinente		
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada (para planejamento protético), Ressonância Magnética (para avaliação ligamentar e sinovial associada)		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.21.07-5	Artroplastia para ossos do carpo (com implante) - tratamento cirúrgico		11B
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹		6A
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)²		10C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular #²		9C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos		8B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	MINIÂNCORA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA ^A		1
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA OU BIOTENODESE ^B		1
	FIO DE KIRSHNER (0,8 A 1,2MM)		4
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)		2
	LÂMINA DE SHAVER 2.0 OU 2,7MM		1
	EQUIPO COM SENSOR DE PRESSÃO E FLUXO ^c		
	DISPOSITIVO DE FIXAÇÃO CORTICAL TIPO BOTÃO (PADRÃO ENDOBUTTON) ^D		
	BROCAS, GUIAS E INSTRUMENTAIS ESPECÍFICOS DA ARTICULAÇÃO TRAPÉZIO-METACARPIANA		-
PRÓTESE TRAPÉZIO-METACARPIANA ^E		1	
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s) / Hospital dia
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Nos casos em que houver necessidade do uso de um hemitendão ou de um tendão para reconstrução ligamentar ou interposição. (²) Nos casos realizados por via artroscópica. (³) Nos casos em que for realizada denervação seletiva da articulação trapézio-metacarpiana OPMEs (^A) Para reconstrução ligamentar (^B) Para fixação tendínea (^c) Para controle e monitorização artroscópica (^D) Para suspensão ou estabilização trapézio-metacarpiana (^E) Quando indicada		

Nome do procedimento	3.42 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO POLEGAR HIPOPLÁSICO - POLICIZAÇÃO	
Descrição do procedimento	As hipoplasias de polegar são alterações congênitas deste dedo que, a depender da sua gravidade podem se apresentar desde leves e sutis alterações no tamanho deste dedo, até condições de ausência completa desde dedo. Assim, existem indicações que variam desde a conduta expectante até procedimentos mais complexos como a policização ou transferência de dedos do pé para a mão. No caso de ausência completa do raio ou nos casos aonde o polegar apesar de presente é completamente instável e sua reconstrução estiver contra-indicada, a policização estará indicada. Este procedimento consiste na criação de um polegar usando a estrutura já existente do indicador da mesma mão. Para realização de tal procedimento, todas as estruturas do indicador (pele, ligamentos, tendões, artérias, veias, nervos e ossos) serão abordadas e após reposicionadas e recalibradas passarão a exercer a função de um polegar já em sua nova posição. Serão necessárias a criação de retalhos locais para cobertura cutânea, abertura de polias, tenólise de flexores, tenotomias, tenorrafias, transferências tendinosas, osteotomias, capsulodeses, microneurolise de nervos digitais. O polegar reconstruído necessitará ficar imobilizado e pinado por cerca de 3 meses quando será necessária a retirada dos fios de kirschner.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.0 Q74.8 Q74.9	
Indicação	Ausência completa do polegar ou polegar completamente instável e disfuncional sem a possibilidade de reconstrução.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não há contra-indicação formal, apenas em caso de não condição clínica para realização do procedimento.	
Exames da Indicação	Radiografia simples da mão acometida.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.56-0	Policização ou transferência digital	9A
3.07.01.20-1	Transplante cutâneo sem microanastomose, ilha neurovascular	8B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.07.22.31-4	Exploração cirúrgica de tendão de mão	5A
3.07.31.01-1	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.14.03.20-4	Microneurolise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1-4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Casos de policização são acompanhados inicialmente com retornos semanais e curativos nos retornos. Após as primeiras semanas os retornos podem ser a cada 2 ou 3 semanas até o fechamento de 3 meses de cirurgia, quando estará indicada a retirada dos fios de kirschner e da imobilização gessada. A criança seguirá em acompanhamento até melhora da função de pinça pelo menos até os três anos de idade e a corticalização do uso do novo polegar.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A hipoplasia de polegar se apresenta de inúmeras maneiras podendo variar de casos leves que não necessitam abordagem cirúrgica até casos de ausência completa do segmento. Os casos intermediários, aonde o polegar existente é disfuncional porém pode ser reconstruído foram abordados nesta seção e mesmo nesta categoria, várias são as possibilidades cirúrgicas de indicação. Tais indicações vão se basear na classificação do caso, alterações apresentadas e prognóstico do caso.	

Nome do procedimento	3.43 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO POLEGAR HIPOPLÁSICO - RECONSTRUÇÃO	
Descrição do procedimento	As hipoplasias de polegar são alterações congênicas deste dedo que, a depender da sua gravidade podem se apresentar desde leves e sutis alterações no tamanho deste dedo, até condições de ausência completa desde dedo. Assim, existem indicações que variam desde a conduta expectante até procedimentos mais complexos como a policização ou transferência de dedos do pé para a mão. Aqui descreveremos os procedimentos indicados em casos de reconstrução do polegar já existente, contemplando assim os casos intermediários da doença. Na abordagem do polegar hipoplásico várias estruturas serão abordadas: pele, ligamentos, tendões e por vezes a parte óssea. A pele pode ser abordada para abertura da primeira comissura, muitas vezes diminuída em profundidade necessitando aprofundamento da mesma através de plásticas locais (plásticas em z, w, fourcorner flap e outros) ou até mesmo retalhos locais pediculados. Nos casos de instabilidade de articulações devido a mal formação ligamentar, tais ligamentos podem ser reforçados por capsuloplastias ou transferências de tendão com o intuito de estabilizar tais articulações. Por vezes músculos e tendões estão ausentes ou sem função, o que faz com que transferências tendinosas e musculares se apliquem na tentativa de ganho de mobilidade ativa do polegar acometido. Da mesma forma, nas ausências de segmentos ósseos do polegar, transplantes ósseos a distância podem ser realizados. nestas reconstruções o uso de estabilização com fios de kirchenner são necessárias.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.0 Q74.8 Q74.9	
Indicação	Cirurgias de reconstrução de polegares hipoplásicos estão indicadas nos casos intermediários, aonde a deformidade não é tão leve que nada seja necessário ser feito do ponto de vista cirúrgico, nem tão grave que a indicação seja para policização ou transferência microcirúrgica de dedo do pé para a mão.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não existe contra indicação formal, apenas as condições clínicas do paciente.	
Exames da Indicação	Para a indicação da cirurgia se faz necessário exames de radiografia simples do polegar acometido.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.47-0	Lesões ligamentares crônicas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.07.22.31-4	Exploração cirúrgica de tendão de mão	5A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.22.11-0	Artrodeese interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.07.01.20-1	Transplante cutâneo sem microanastomose, ilha neurovascular	8B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	9A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1-4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Pacientes operados para reconstrução de polegares hipoplásicos são acompanhados semanalmente com abertura de curativo com 1 a 2 semanas de cirurgia a critério do cirurgião. Devem permanecer imobilizados e com fios de Kirschner por cerca de 4 a 6 semanas ou a critério do médico responsável. Após este período a imobilização e pinos são retirados e a criança é estimulada ao uso da mão e quando necessário a mesma poderá passar por sessões de terapia.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A hipoplasia de polegar se apresenta de inúmeras maneiras podendo variar de casos leves que não necessitam abordagem cirúrgica até casos de ausência completa do segmento. Os casos intermediários, aonde o polegar existente é disfuncional porém pode ser reconstruído foram abordados nesta seção e mesmo nesta categoria, várias são as possibilidades cirúrgicas de indicação. Tais indicações vão se basear na classificação do caso, alterações apresentadas e prognóstico do caso.	

Nome do Procedimento	3.44 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES LIGAMENTARES DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das lesões ligamentares das pequenas articulações da mão visa restaurar a estabilidade e a função articular após ruptura parcial ou total dos ligamentos colaterais, capsulares ou volares. As lesões mais comuns incluem a lesão de Stener — ruptura do ligamento colateral ulnar da metacarpofalângica do polegar — além das rupturas do ligamento colateral radial do polegar e dos ligamentos colaterais das articulações interfalângicas proximais (IFP), distais (IFD) e metacarpofalângicas (MCF) dos demais dedos. O procedimento envolve exploração articular, reparo ou reinserção ligamentar anatômica, com ou sem reforço capsular, podendo utilizar âncoras de sutura, fios transósseos, parafusos de interferência ou biotenodese. Nos casos com avulsão óssea, realiza-se fixação do fragmento com fio de Kirschner ou microparafuso. Quando indicado, pode-se utilizar abordagem artroscópica para auxiliar na reinserção e inspeção articular.	
CIDs do Procedimento	S63.4	
Indicação	Lesões completas com instabilidade, lesão de Stener, fraturas associadas, falha no tratamento conservador	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Doenças sistêmicas graves	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.07.22.48-9	Ligamentoplastia com âncora ¹	11B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ²	6A
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia) ³	10C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular # ³	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.7 A 2.5) ^A	2
	FIOS DE KISCHNER 0,8 a 1,2mm	3
	PARAFUSOS MICROFRAGMENTO TITÂNIO 1.2/1.5/2.0 ^B	3
	PARAFUSO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7/2.0 ^B	2
	PARAFUSO CANULADO TITÂNIO 1.7/2.0 ^B	2
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA) ^C	1
	LÂMINA DE SHAVER 2.0 OU 2,7MM ^C	1
	EQUIPO COM SENSOR DE PRESSÃO E FLUXO ^D	1
	BROCAS, GUIAS E INSTRUMENTAIS ESPECÍFICOS PARA PEQUENAS ARTICULAÇÕES DA MÃO	-
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial semanal - mensal - anual	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Nos casos em que for necessária a reconstrução ligamentar utilizando âncoras. ⁽²⁾ Nas lesões crônicas, em que haja degeneração do ligamento original e seja necessário o uso de enxerto tendíneo autólogo. ⁽³⁾ Nos casos realizados por via artroscópica. OPMEs ^(A) Para reinserção ou reconstrução ligamentar ^(B) Para fixação de avulsões ósseas ^(C) Para artroscopia, quando empregada ^(D) Para controle e monitorização artroscópica	

Nome do procedimento	3.45 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO POLEGAR NA PALMA		
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico para polegar na palma visa restaurar a função do polegar corrigindo deformidades. O tipo de cirurgia depende dos problemas específicos, mas pode incluir transferência tendinosa, rotação de retalho local ou sutura em Z para reconstruir a primeira comissura que se encontra rasa, tenotomia do adutor, tenoplastia de alongamento do flexor longo do polegar e estabilização da articulação metacarpofalângica por condrodese.		
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9 G80.0 G80.1 G80.2 G81 Q74.3		
Indicação	Deformidade persistente, déficits funcionais ou contraturas da primeira metacarpofalângica.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.		
Exames da Indicação	Radiografias de mão AP, dedos Perfil		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.31.20-8	Tenotomia		5B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos		8B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão		4C
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W		4A
3.01.01.45-0	Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos		5A
OPMEs	Descrição		Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		1-3
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Depende do diagnóstico		
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com Raio-X controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	O tipo de cirurgia depende dos problemas específicos, mas pode incluir transferência tendinosa, rotação de retalho local ou sutura em Z para reconstruir a primeira comissura que se encontra rasa, tenotomia do adutor, tenoplastia de alongamento do flexor longo do polegar e estabilização da articulação metacarpofalângica por condrodese. Microneurolise intrafascicular de nervo digital para aprofundar comissura.		

Nome do procedimento	3.46 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RÁDIO - COM FIXAÇÃO INTERNA OU EXTERNA	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da consolidação viciosa do rádio distal ou diafisário tem como objetivo restaurar o alinhamento anatômico e funcional do antebraço e do punho, corrigindo deformidades que comprometem a prono-supinação, o comprimento radial e a inclinação articular. Envolve osteotomia corretiva planejada, sob controle fluoroscópico, seguida de fixação interna ou externa, podendo exigir enxerto ósseo autólogo ou sintético. Nos casos com incongruência articular residual ou lesões associadas do complexo da fibrocartilagem triangular (TFCC), pode-se utilizar artroscopia para inspeção e correção intra-articular.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9 G80.0 G80.1 G80.2 G81 Q74.3	
Indicação	Deformidade persistente, déficits funcionais ou contraturas da primeira metacarpofalângica.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.	
Exames da Indicação	Radiografias simples em incidências ortogonais, Tomografia Computadorizada (para planejamento da osteotomia), Ressonância Magnética (em casos com suspeita de lesão do TFCC)	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.20.11-7	Fratura viciosamente consolidada de antebraço - tratamento cirúrgico	11B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico¹	9A
3.07.20.20-6	Ressecção segmentar ao nível do antebraço²	9C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular #³	9C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície⁴	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Placa bloqueada de rádio distal ou diafisária (ângulo fixo ou variável, 2.7 mm a 3.5 mm, titânio ou aço)	1
	Placa bloqueada de rádio distal ou diafisária (ângulo fixo ou variável, 2.7 mm a 3.5 mm, titânio ou aço)	1
	Fixador externo para realinhamentos complexos	1
	Parafusos corticais e de compressão (aço ou titânio)	1
	Fios de Kirschner	1-2
	Enxerto ósseo autólogo, sintético ou substituto ósseo reabsorvível	1
	Malha de tração (chinesa)	2
	Equipo com sensor de pressão e fluxo	1
	Mini-âncora de sutura de alta resistência	1
	Lâmina de shaver e óptica (2.7 mm ou 4.0 mm)	1
	Brocas, guias e instrumentais específicos de osteotomia e osteossíntese	-
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com Raio-X controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.	
Rastreabilidade		
OBSERVAÇÕES GERAIS		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Quando houver necessidade de enxerto ósseo para preenchimento de falhas, correção de deformidades ou reconstrução cortical. Com 50% de valoração adicional.	
	(²) Quando, além da correção da deformidade de um dos ossos do antebraço (rádio ou ulna), houver necessidade de encurtamento segmentar do outro osso, implicando nova via de acesso e novo procedimento. Com valoração adicional de 70%, por tratar-se de via de acesso distinta e procedimento complementar.	
	(³) Nos casos com incongruência articular ou lesão ligamentar do TFCC. Valoração adicional de 70%, por se tratar de nova via de acesso	
	(⁴) Valoração adicional de 50%.	
OPMEs		
(A) Para reinserção ou reconstrução ligamentar		
(B) Para fixação de avulsões ósseas		
(c) Para artroscopia, quando empregada		
(D) Para controle e monitorização artroscópica		

Nome do Procedimento	3.47 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE FALANGES E/OU METACARPOS	
Descrição do procedimento	Consiste na estabilização de fraturas ao nível das falanges/metacarpos, com OPME específico, seja por via aberta ou fechada, associado ou não ao tratamento das lesões dos ligamentos colaterais, utilizando uma ou diversas vias de acesso cirúrgico, dependendo dos dedos acometidos. Podemos ter diversos padrões de fraturas: necessitando abordagem cirúrgica de apenas uma fratura ou diversas; no mesmo tempo cirúrgico. Em alguns casos de fraturas articulares graves, podemos ter a necessidade de artrodeose ou artroplastias primárias	
CIDs do Procedimento	S62.7 S62.6 S62.8 S63.1 S63.4 S63.6 S63.7 S62.2 S62.3 S62.4 S62.5 S63.2 S63.3	
Indicação	Tratamento cirúrgico de fraturas/lesões ligamentares das falanges e/ou metacarpos	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Paciente idoso com comorbidade grave e baixa demanda	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.43-8	Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.22.36-5	Fratura de Bennett - tratamento cirúrgico	9C
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica ²	11B
3.07.22.63-2	Reconstrução da falange com retalho homodigital ³	9B
3.07.22.69-1	Reparações cutâneas com retalho ilhado antebraquial invertido ⁴	9B
3.07.22.52-7	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com fixação externa ⁵	9C
3.07.22.41-1	Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico com fixação ⁵	9C
3.07.22.11-0	Artrodeose interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico ⁶	9B
3.07.22.14-4	Artroplastia interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento Cirúrgico ⁷	11B
3.14.03.09-3	Enxerto para reparo de 2 ou mais nervos ⁸	9B
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea ⁸	8C
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁹	8A
3.07.22.75-6	Revascularização do polegar ou outro dedo (por cada dedo adicional revascularizado será adicionado o porte 3B) ¹⁰	13A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ¹¹	9C
3.07.22.48-9	Ligamentoplastia com âncora ¹²	11B
3.07.22.64-0	Reconstrução de leito ungueal ¹³	9C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície ¹⁴	9C
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular ¹⁴	9C
3.07.22.53-5	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso	9C
3.07.22.50-0	Luxação metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	9A
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.25-5	Microneurorrafia de dedos da mão	8B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIOS DE KISCHINER	Variável
	PLACAS DE MICROFRAGMENTOS TITÂNIO 1.2, A 2.5	Variável
	PARAFUSOS CORTICAIS DE MICROFRAGMENTOS DE TITÂNIO DE 1.2 A 2.5	Variável
	PLACAS BLOQUEADAS DE MICROFRAGMENTOS DE TITÂNIO DE 1,5 A 2.5	Variável
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE TITÂNIO DE 1,5 A 2,5	Variável
	PARAFUSO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO TITÂNIO DE 1.7 A 3.5	Variável
	PARAFUSO CANULADO CÔNICO DE TITÂNIO DE 1.7 A 3.5	Variável
	FIXADOR EXTERNO DEDO	Variável
	MINI ÂNCORA COM FIO DE ALTA RESISTÊNCIA 1.5 A 3.0	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO 1G,5G,10 G	1
	COLA DE FIBRINA	Variável
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA) ¹⁴	2
	LÂMINA DE SHAVER ¹⁴	1
	EQUIPO COM SENSOR ¹⁴	1
	ABLATOR DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES ¹⁴	1

☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Perfuradores delicados, Videoartroscopia HD ou 4K	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com consultas semanais no primeiro mês, consultas mensais no segundo e terceiro meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) O código deve ser cobrado 1x para fixação de cada fratura (²) Quando houver necessidade de reparo ligamentar associado a osteossíntese (³) Fraturas associadas a perda de substância que necessite cobertura: utilização de retalho cutâneo do mesmo dedo (⁴) Fratura associada a perda substância extensa na mão com necessidade de associar retalho do antebraço (⁵) Multiplicado pelo número de fraturas tratadas O código deve ser cobrado 1x para fixação de cada fratura (⁶) Casos de fraturas graves em que a reconstrução não é possível: artrodese primária (⁷) Fraturas intra-articulares graves; porém com possibilidade de preservação articular com procedimentos como a interposição de cápsula articular; hemitendões e outros (⁸) Fratura associada a lesão do nervo, podendo ser uma fratura fechada que apresente hipoestesia do dedo (compressão pelo fragmento ou ruptura nervo) será necessário a abordagem direta do nervo (microneurolise ou microneurorrafia) (⁹) Fratura com perda de substância que necessite enxerto cutâneo ou para cobertura de área doadora do retalho (¹⁰) Fratura associada a lesão do arco palmar/artérias digitais que necessitem reparo (¹¹) Fraturas com diminuição da perfusão/tempo enchimento capilar dos dedos: necessidade de exploração vascular arco palmar/artérias digitais (¹²) Fraturas associadas a lesões ligamentares que necessitam o uso de âncora para reconstrução (¹³) Fraturas associadas a lesão do leito ungueal (¹⁴) Quando realizado procedimento por artroscopia	

Nome do Procedimento	3.48 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE FALANGES/METACARPOS COM RUPTURAS TENDINEAS/NERVOSAS/VASCULARES	
Descrição do procedimento	Consiste na estabilização de fraturas ao nível das falanges, metacarpos das mãos, com OPME específico, seja por via aberta ou fechada, associado ao tratamento das lesões decorrentes do mesmo trauma (nervos digitais, tendões flexores e/ou extensores, artérias digitais, ligamentos colaterais), utilizando uma ou diversas vias de acesso cirúrgico dependendo da gravidade da lesão e dos dedos acometidos. Devido a complexidade da anatomia da mão, dependendo do tipo e energia do trauma podemos ter diversas padrões de lesões, necessitando abordagem cirúrgica das fraturas das falanges e metacarpos (podendo ser apenas uma fratura ou diversas); e em casos mais graves a abordagem também das lesões associadas (tenorrafias, microneurorrafias, reconstruções ligamentares) no mesmo tempo cirúrgico.	
CIDs do Procedimento	S62.3 S63.7 S63.4 S63.3 S62.2 S62.4 S62.5 S62.8	
Indicação	Tratamento cirúrgico das fraturas dos metacarpos/lesões ligamentares	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Doença sistêmica grave	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.53-5	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso	9C
3.07.22.41-1	Fraturas de falanges ou metacarpianos - tratamento cirúrgico com fixação	9C
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.07.22.48-9	Ligamentoplastia com âncora	11B
3.07.22.11-0	Artrodese interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.14.03.15-8	Lesão de nervos associada à lesão óssea	8C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.25-5	Microneurorrafia de dedos da mão	8B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
3.14.03.09-3	Enxerto para reparo de 2 ou mais nervos	9B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.22.74-8	Revascularização do polegar ou outro dedo (por cada dedo adicional revascularizado será adicionado o porte 3B)	10A
3.07.22.36-5	Fratura de Bennett - tratamento cirúrgico	9C
3.07.22.50-0	Luxação metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIOS DE KISCHINER	Variável
	PLACAS DE MICROFRAGMENTOS TITÂNIO 1.2 A 2.5	Variável
	PARAFUSOS CORTICAIS DE MICROFRAGMENTOS DE TITÂNIO DE 1.2 A 2.5	Variável
	PLACAS BLOQUEADAS DE MICROFRAGMENTOS DE TITÂNIO DE 1.5 A 2.5	Variável
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE TITÂNIO DE 1.5 A 2.5	Variável
	PARAFUSO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO TITÂNIO 1.7 A 3.5	Variável
	PARAFUSO CANULADO CÔNICO DE TITÂNIO DE 1.7 A 3.5	Variável
	FIXADOR EXTERNO DEDO	Variável
	MINI ÂNCORA COM FIO DE ALTA RESISTÊNCIA 1.5 A 3.0	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
	GEL BARREIRA DE ADESÃO PARA CIRURGIA DE TENDÃO E/OU NERVOS PERIFERICOS COM PEO	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário inicialmente, após, semanal e, então, mensal.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Devido a complexidade da anatomia da mão e os diversos mecanismos de trauma (queda, trauma direto, esmagamento, lesão por serra circular) o uso dos códigos vai depender das estruturas que foram lesadas e que podem ser reconstruídas na cirurgia primária. Portanto em alguns casos será usado apenas o código de fratura ou o de fratura associado a lesão de nervo (neuropraxia), já em outros será necessário a abordagem de diversas estruturas distintas levando ao uso dos códigos respectivos.	

Nome do Procedimento	3.49 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS ARTICULARES DE FALANGES – METACARPANOS	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico das fraturas articulares de falanges e metacarpos é indicado em casos de deslocamento articular, incongruência da superfície, instabilidade ou interposição de tecidos moles, com risco de rigidez e artrose pós-traumática. A abordagem pode ser aberta ou minimamente invasiva, visando a redução anatômica e a fixação estável, geralmente com parafusos, miniplacas ou fios de Kirschner, conforme o traço e o fragmento envolvido.	
CIDs do Procedimento	S623 S62.6 S63.6	
Indicação	Fraturas articulares de falanges e metacarpos	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.37.05-2	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento ou reparo de cartilagem triangular	9C
3.07.37.01-0	Sinovectomia total ¹	11C
3.07.37.02-8	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	11C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia) ²	10C
3.07.37.03-6	Condoplastia (com remoção de corpos livres) ²	8C
3.07.37.06-0	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SHAVER 2.9 OU 3.5mm DE PARTES MOLES	1
	MALHA DE TRAÇÃO (CHINESA)	2
	MINI HABLATOR	1
	ÓTICA DE 2.7, OU 2.4, OU 1.9mm	1
	FIO DE KIRSHNER (1.0, 1.2, 1.5 E 2.0mm)	4
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	2
	ÂNCORAS DE 1.9/2.0mm	1 - 3
	MINI PARAFUSO CORTICAL (2.0, 1.5, 1.2mm) ^A	2
	MINI PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA ^B	2
	FITA DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO UHMWPE PARA REFORÇO LIGAMENTAR ^C	3
	PARAFUSO DE HERBERT OU DUPLA COMPRESSÃO OU CÔNICO	2
	ÂNCORA DE TRAVAMENTO EM SUTURA EM BOTÃO (OU DUPLO TRAVAMENTO) ^D	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial de 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si. (²) Procedimentos excludentes entre si. OPMEs (^A) Usado para fragmento específico ou para fixação de fraturas associadas (outros ossos do carpo/estiloide da ulna) (^B) Caracterizado para reparo de lesão ligamentar. (^C) Substituto ligamentar (enxerto) (^D) Dispositivo com duplo travamento para sutura e reconstrução ligamentar	

Nome do procedimento	3.50 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CAMPTODACTILIA	
Descrição do procedimento	No tratamento cirúrgico deve-se avaliar toda a anatomia alterada, no caso de deformidades flexíveis (corrigíveis passivamente) pode-se realizar a tenotomia do flexor superficial do dedo com ou sem transferência deste para o aparelho extensor (para a banda lateral radial se a extensão da articulação interfalângica proximal for ativa e completa com a flexão da articulação metacarpofalângica). No caso de deformidades fixas graves pode-se realizar osteotomias extensas ou artrodese interfalângica proximal.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9	
Indicação	Camptodactilia é uma condição congênita que se caracteriza por uma deformidade de flexão digital que ocorre na articulação interfalângica proximal. O diagnóstico é feito clinicamente. O tratamento cirúrgico é indicado em casos de deformidade progressiva que leva a comprometimento funcional.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.	
Exames da Indicação	Radiografias de mão AP, dedos Perfil	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico¹	9A
3.07.22.11-0	Artrodese interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo	5B
3.01.01.33-6	Enxerto de pele (homoenxerto inclusive)	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1-3
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com radiografias de controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.	
Rastreabilidade		
Comentários:	OBSERVAÇÕES GERAIS O tipo de cirurgia depende dos problemas específicos, mas pode incluir tenotomia do flexor superficial do dedo com ou sem transferência deste para o aparelho extensor, osteotomia extensora ou artrodese interfalângica proximal. Necessidade de rotação de retalho tipo ogival para cobertura volar, microneurolise intrafascicular para ganho de extensão e até enxertia de nervo para alongamento. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade.	

Nome do Procedimento	3.51 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA	
Descrição do procedimento	Diversos passos são realizados no tratamento cirúrgico da sindactilia; após a marcação dos retalhos da pele e comissura é realizada a liberação da pele e também a osteotomia em caso de fusão óssea, a tenoplastia é comumente feita já que existem também a associação de malformações tendinosas; a separação dos nervos digitais (microneurólise) é realizada podendo até mesmo ser necessária a separação de nervo único para 2 dedos. Após completa separação dos dedos é iniciado o fechamento meticuloso da pele onde há necessidade de enxertia de pele autógena uma vez que normalmente não se consegue realizar a cobertura total com a pele existente.	
CIDs do Procedimento	Q70.0 Q72.0 Q70.9	
Indicação	Comprometimento funcional, fusão completa ou complexa, envolvimento do polegar, diferença de comprimento entre dedos ou impacto estético significativo	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não deve ser operada antes da maturidade imunológica dos 6 meses de vida. Cirurgia realizada em torno de 1 ano de vida	
Exames da Indicação	Radiografias de mãos (AP, Perfil e Obliqua bilateral)	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.22.80-2	Sindactilia múltipla - tratamento cirúrgico	8B
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.26-3	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso)	12B
3.01.01.33-6	Enxerto de pele (homoenxerto inclusive)	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Retorno ambulatorial com 1 semana. Abertura de gesso em trono de 30 dias Curativos acompanhamento ambulatorial trimestral até 6 m de cirurgia. Apos acompanhamento anual até maturidade esquelética. Alertar necessidade de retoques cirurgicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade. Osteotomia de falange a ser realizada nos casos de sindactilias complexas	

Nome do procedimento	3.52 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLINODACTILIA	
Descrição do procedimento	Na clinodactilia há uma angulação do dedo progressiva com o tempo onde este se curva em direção ao outro dedo. As opções de cirurgia incluem epifisiodesse para prevenir a progressão, osteotomias em cunha na falange média quando se encontra esqueléticamente madura; osteotomias de fechamento, abertura ou reversa, além de alongamento ósseo.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9 Q69.0 Q69.1 Q69.9 Q70.0 Q70.4 Q70.9	
Indicação	A cirurgia para clinodactilia é geralmente considerada quando o desvio é superior a 20°-30° e afeta significativamente as atividades diárias (o desvio interfere na função, como dificuldade de digitar ou tocar um instrumento), paciente ou família está insatisfeito com a aparência ou está associado há outras diferenças congênicas da mão, como sindactilia, polidactilia ou macrodactilia.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.	
Exames da Indicação	Radiografias de mão AP, dedos Perfil	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.09-7	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico ¹	7A
3.07.18.09-0	Pseudartroses, osteotomias, alongamentos/encurtamentos - tratamento cirúrgico ¹	9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.01.01.45-0	Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos	5A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1-3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com radiografias controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS O tipo de cirurgia depende dos problemas específicos, Algumas técnicas cirúrgicas para clinodactilia incluem ressecção de barra epifisária com interposição de gordura em crianças esqueléticamente imaturas com epífise em Bracket, onde a correção angular ocorre gradativamente à medida que a fise remanescente cresce. Osteotomia de fechamento em cunha que corrige a angulação, mas também encurta o dígito. Osteotomia em cunha de abertura que pode ser usada em crianças esqueléticamente maduras com deformidade estabelecida da falange média. Osteotomia em cunha reversa, tecnicamente desafiadora devido ao tamanho diminuto da falange. Necessidade de rotação de retalho cobertura volar, microneurólise intrafascicular para ganho de comprimento e até enxertia de nervo para alongamento agudo com enxertia óssea. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade.	

Nome do procedimento	3.53 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFORMIDADE DE KIRNER	
Descrição do procedimento	A deformidade de Kirner é uma anomalia congênita do membro superior que afeta a falange distal do 5º dedo. Há uma angulação volar e radial progressiva com o tempo. Clinicamente, pode haver inchaço precoce ao longo do dorso da falange distal, seguido de desconforto leve. Com o crescimento, ocorre angulação progressiva na articulação interfalângica distal. O tratamento é sintomático e as opções de cirurgia incluem epifisiodesse para prevenir a progressão (removendo a parte dorsal da placa de crescimento), osteotomias em cunha na falange distal quando se encontra esqueléticamente madura; múltiplas osteotomias volares de abertura e alongamento ósseo.	
CIDs do Procedimento	Q68.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9	
Indicação	Desconforto leve e angulação progressiva da articulação interfalângica distal.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.	
Exames da Indicação	Radiografias de mão AP, dedos Perfil	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.09-7	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico¹	7A
3.07.18.09-0	Pseudartroses, osteotomias, alongamentos/encurtamentos - tratamento cirúrgico¹	9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.01.01.45-0	Exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos	5A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1-3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com radiografias de controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	O tipo de cirurgia depende dos problemas específicos, mas pode incluir transferência tendinosa, rotação de retalho local ou sutura em Z para reconstruir a primeira comissura que se encontra rasa, tenotomia do adutor, tenoplastia de alongamento do flexor longo do polegar e estabilização da articulação metacarpofalângica por condrodese. Microneurolise intrafascicular de nervo digital para aprofundar comissura.	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(¹) Código por similaridade.		

Nome do procedimento	3.54 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FALANGE DELTA/CLINODACTILIA/POLEGAR TRIFALANGICO	
Descrição do procedimento	A “falange delta” é uma deformidade que ocorre na falange de um dedo, na qual o osso é triangular e tem uma epífise contínua que vai de proximal à extremidade distal ao longo do lado encurtado. O osso tem uma forma semilunar porque a epífise defeituosa segue de proximal a distal, em vez de seu curso horizontal típico. A falange delta foi descrita em mãos e pés. Quando presente nas mãos, geralmente é associado a uma angulação do dedo, como na clinodactilia, ou interposto como uma falange extra em um polegar trifalangico. O tratamento cirúrgico inclui osteotomia de falange, enxertia óssea, tenólise e tenoplastia, microneurolise de nervo digital, retalho local para comissuraplastia, transposição de tendão extensor, tratamento de polidactilia articulada.	
CIDs do Procedimento	Q69.1 Q74.8 Q74.0 Q74.9 Q69.0 Q69.9 Q68.1	
Indicação	Comprometimento funcional e/ou encurtamento considerável do dedo.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sem condições clínicas para procedimento cirúrgico.	
Exames da Indicação	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com Radiografia controle e retirada de material de síntese	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.62-4	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	10A
3.14.03.23-9	Microneurolise única	6A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região	8B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.22.57-8	Polidactilia articulada - tratamento cirúrgico	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1-3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 36 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS As osteotomias são a principal opção cirúrgica: osteotomia de cunha de abertura, osteotomia de cunha de fechamento ou osteotomia reversa. Avaliar necessidade de enxertia óssea. Fixação com fios de Kirschner não sepultados para retirada em ambiente ambulatorial. Avaliar necessidade de tenoplastia do aparelho extensor após osteotomia. Ao se tratar de polegar trifalangico pode existir a necessidade de ressecção de polidactilia articulada, transferência tendinosa extensora, rotação de retalho para comissuroplastia se a 1ª comissura se encontra rasa.	

Nome do procedimento	3.55 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DEDO EM GATILHO CONGÊNITO	
Descrição do procedimento	O dedo em gatilho congênito compreende alterações que acometem os dedos, principalmente os polegares aonde a criança apresenta perda redutível ou não da movimentação ativa de um ou mais dedos da mão. Nesta cirurgia a abordagem visa a liberação de estruturas que possam estar causando bloqueio mecânico no bom funcionamento e deslizamento tendinoso. A princípio a cirurgia sempre acompanha uma tenólise dos flexores do dedo acometido, pela abertura de uma ou mais polias quando necessário, tenossinovectomia destes tendões no caso de doença inflamatória associada e em casos mais graves pode ser necessária a tenotomia de uma fita do flexor superficial do dedo acometido.	
CIDs do Procedimento	M65.3	
Indicação	Criança que apresente bloqueio de movimentação de algum dedo com sinais clínicos de travamento dos flexores pelo sistema de polias.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não há contra indicação formal ao procedimento.	
Exames da Indicação	Geralmente não se faz necessário nenhum exame complementar. Em alguns casos a ultrassonografia pode contribuir para identificação de anomalias locais, ou do ponto correto dos bloqueios.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.31.17-8	Tenossinovectomia de mão ou punho	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.01-1	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.09-7	Tenólise em tunel osteofibroso	10A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhamento semanal em ambulatório de cirurgia da mão com curativos iniciados em 1 ou 2 semanas a critério do médico assistente.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Devido a forma de apresentação em diferentes dedos, cada caso deve ser avaliado pelo médico cirurgião quanto a necessidade de tenotomias ou não.	

Nome do Procedimento	3.56 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DEDO EM MARTELO AGUDO	
Descrição do procedimento	Consiste na reconstrução do mecanismo extensor terminal dos dedos; após ruptura traumática aguda, podendo ser tendinosa ou óssea, e estar associada a ruptura também dos ligamentos colaterais da interfalangeana distal	
CIDs do Procedimento	S62.6 S63.4 S66.3 S66.9	
Indicação	Reestabelecimento da extensão ativa da interfalangeana distal do dedo da mão	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não há	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Resonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica¹	11B
3.07.22.43-8	Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - tratamento cirúrgico²	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	2
	PLACA ESPECÍFICA EM TITÂNIO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento		
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Reconstrução do tendão extensor terminal central interfalangeana distal (²) Osteossíntese, quando fratura associada	

Nome do Procedimento	3.57 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DEDO EM MARTELO CRÔNICO	
Descrição do procedimento	Consiste na reconstrução do mecanismo extensor terminal do dedo; após ruptura traumática crônica, podendo ser tendinosa ou óssea, e estar associada a ruptura também dos ligamentos colaterais da interfalangeana distal	
CIDs do Procedimento	S66.3 S66.9 S62.6 S63.4	
Indicação	Reestabelecimento da extensão ativa da interfalangeana distal do dedo da mão	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não pertinente	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Resonância Magnética, Ultrassom	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.07.22.47-0	Lesões ligamentares crônicas da mão - reparação cirúrgica¹	11B
3.07.22.14-4	Artroplastia interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico²	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	2
	PLACA ESPECÍFICA TITÂNIO OU AÇO	1
	PLACA DCP OU SEMITUBULAR OU RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO VARIÁVEL	1
	PARAFUSOS BLOQUEÁVEIS E CORTICAIS	Variável
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Reconstrução do tendão extensor terminal central interfalangeana distal (²) Nos casos em que seja necessário osteoclasia do fragmento ósseo + reestabelecimento da superfície articular	

Nome do procedimento	3.58 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS LESÕES TRAUMÁTICAS DE DEDOS COM LESÃO DA UNHA E FALHA COBERTURA	
Descrição do procedimento	Lesões traumáticas de dedos com fratura exposta e lesão da unha são condições graves que envolvem tanto a estrutura óssea quanto os tecidos moles dos dedos, além de implicar danos à unha. As fraturas expostas de dedos com lesão do leito ungueal exigem uma abordagem clínica detalhada, que envolva a reparação do osso, a limpeza e desbridamento da ferida para prevenir infecção e a preservação ou reparo da unha e do leito ungueal. O prognóstico pode depender da gravidade do dano ósseo e da capacidade de regeneração do leito ungueal. O sucesso do reparo do leito ungueal depende de uma abordagem cuidadosa, levando em consideração o contexto da lesão e o estado geral do paciente.	
CIDs do Procedimento	S62.6 S61.1 S64.0 S66.0	
Indicação	Em muitos casos, a fratura exposta do dedo pode afetar diretamente o leito ungueal, causando dano traumático à matriz ungueal e comprometendo a função de suporte da unha. A instabilidade da fratura pode agravar a lesão do leito ungueal, resultando em deformidades ungueais permanentes ou dificuldade no crescimento normal da unha. Lesões graves do leito ungueal associadas à fratura exposta podem exigir cirurgia plástica para reconstrução do leito ungueal, especialmente em casos de avulsão ou dano severo à matriz.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	As contra-indicações para a reparação do leito ungueal estão principalmente associadas à presença de infecção ativa, dano irreparável à matriz ungueal, lesões vasculares ou nervosas graves, e condições clínicas do paciente que podem prejudicar a cicatrização.	
Exames da Indicação	- Avaliação Clínica do Leito Ungueal: Inspeção visual para verificar dano ao leito ungueal e integridade da matriz ungueal. - Exames complementares de imagem e laboratoriais: Doppler ou Angiografia (para verificar o fluxo sanguíneo distal ao dedo: Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Exames de Cultura, Testes Microbiológicos, Hemograma, PCR, Glicemia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.54-3	Perda de substância da mão (reparação) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.22.63-2	Reconstrução da falange com retalho homodigital	9B
3.07.22.64-0	Reconstrução de leito ungueal	9C
3.07.22.55-1	Plástica ungueal	9C
3.07.22.65-9	Reconstrução do polegar com retalho ilhado osteocutâneo antebraquial	10A
3.07.01.20-1	Transplante cutâneo sem microanastomose, ilha neurovascular	8B
3.07.22.11-0	Artrodeose interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.07.22.52-7	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com fixação externa	9C
3.07.22.53-5	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso	9C
3.14.03.25-5	Microneurorrafia de dedos da mão	8B
3.07.22.69-1	Reparações cutâneas com retalho ilhado antebraquial invertido	9B
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos	10A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1,3/1,5, 2,0, 2,3, 2,4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.5, 1.7; 2.0; 2.2; 2.5; 2.7, 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Microscópio cirúrgico, Material para microcirurgia (pinças, porta agulhas e tesouras de microcirurgia), Perfurador a bateria	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	

Seguimento	- Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). Monitoramento da recuperação vascular e neural. Início da fisioterapia precoce e controle da dor. - Médio e longo prazo (meses): Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. Acompanhamento psicológico e controle de infecções. - Possíveis intervenções adicionais: Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.
 Rastreabilidade	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS O tratamento de fraturas expostas com lesão do leito ungueal requer uma abordagem multidisciplinar, e os exames acima são essenciais para avaliar a extensão da lesão óssea e do leito ungueal, além de identificar potenciais complicações, como infecção ou comprometimento vascular e nervoso. Com base nos resultados desses exames, será possível planejar o tratamento mais adequado, que pode envolver desde a redução e fixação da fratura até a reparação do leito ungueal, com intervenções apropriadas para prevenir infecções e garantir a recuperação funcional do dedo e da unha.

Nome do procedimento	3.59 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESPASTICIDADE DE DEDOS	
Descrição do procedimento	As deformidades em flexão do polegar e dos dedos são frequentes em pacientes com espasticidade, sendo comum a apresentação do polegar na palma e do pescoço de cisne. Para corrigir essas deformidades, intervenções como aplicação de toxina botulínica em grupamentos musculares, liberação do túnel do carpo, transferência tendínea dos flexores superficiais para os profundos e alongamento fracionado dos flexores dos dedos são indicadas. Em casos mais graves, a artrodese pode ser necessária, especialmente em pacientes com deformidades fixas associadas à artrose. A deformidade em pescoço de cisne, caracterizada pela hiperextensão da articulação interfalangiana proximal (IFP) e relaxamento da interfalangiana distal (IFD), e para o tratamento cirúrgico pode-se realizar tenodese, translocação das bandas laterais e, em casos de deformidade fixa com artrose, artrodese da articulação.	
CIDs do Procedimento	G80.0 G80.1 G80.2	
Indicação	Paciente que apresente contraturas e espasticidade em dedos que possam ser corrigidas ou melhoradas com abordagem cirúrgica ortopédica.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não existe contra indicação formal, apenas as condições clínicas do paciente.	
Exames da Indicação	De um modo geral não são necessários exames complementares. Quando necessária abordagem óssea, a radiografia simples pode ser solicitada.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.22.62-4	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	10A
3.07.22.11-0	Artrodese interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.11-9	Tenoplastia, enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
2.01.03.14-0	Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal	4A
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo	5B
3.01.01.33-6	Enxerto de pele (homoenxerto inclusive)	5B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutêno	10A
3.07.31.01-1	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	3C
3.07.26.23-9	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico	7B
3.07.22.05-5	Alongamentos tendinosos de mão	7C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	1-5
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial, consultas seriadas com Raio-X controle e retirada de material de síntese se necessário. Acompanhamento até maturidade esquelética.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS O manejo da espasticidade em pacientes com paralisia cerebral e sequelas de AVC deve ser individualizado, levando em consideração as necessidades funcionais de cada paciente e o grau de espasticidade e deformidade presentes. Embora o tratamento inicial seja conservador, envolvendo terapia física, órteses e medicamentos, as abordagens cirúrgicas desempenham um papel fundamental no manejo de casos graves, proporcionando alívio da espasticidade e melhora funcional significativa.	

Nome do procedimento	3.60 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROGRIPOSE	
Descrição do procedimento	Consiste na abordagem de múltiplas alterações associadas a contraturas de partes moles (pele, fascia, tendão e feixes vasculo-nervosos) além de ocasionalmente ser necessária a abordagem em estruturas ósseas. Nos dedos, a cirurgia passa por alongamento de pele contraturada com zetaplastias ou retalhos locais de pele, passando por dissecação de feixes vasculo-nervosos podendo ser necessária microneurolise de nervos digitais, tenólise dos flexores bem como tenotomias também são necessárias durante a abordagem dos dedos. Em casos mais graves e de apresentação mais tardia condrodeses podem ser necessárias. Ainda nos dedos alongamentos miotendinosos podem ser realizados nos flexores ao nível do antebraço e realinhamento de tendões extensores podem ser necessários ao nível de metacarponfalangeanas dorsais. Na região do polegar podem ser necessárias artrodeses em metacarpofalangeanas e abertura da região da primeira comissura com retalhos locais, retalhos pediculados a distância ou plásticas em "Z". no carpo ou punho, devido a atitude em flexão do mesmo pode ser necessária osteotomia carpal de fechamento dorsal radial para correção da deformidade.	
CIDs do Procedimento	Q74.3	
Indicação	Paciente que apresente contraturas e deformidades em dedos, polegares ou punho que possam ser corrigidas ou melhoradas com abordagem cirúrgica ortopédica.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Não existe contra indicação formal, apenas as condições clínicas do paciente.	
Exames da Indicação	De um modo geral não são necessários exames complementares. Quando necessária abordagem óssea, a radiografia simples pode ser solicitada.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
3.07.31.01-1	Abertura de bainha tendinosa - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.14.03.22-0	Microneurolise múltiplas	8B
3.07.22.11-0	Artrodesse interfalangeana, metacarpofalangeana - tratamento cirúrgico	9B
3.07.26.23-9	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico	7B
3.07.22.05-5	Alongamentos tendinosos de mão	7C
3.07.20.13-3	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Acompanhamento semanal em ambulatório de cirurgia da mão com curativos iniciados em 1 ou 2 semanas a critério do médico responsável. Uso de imobilização gessada enquanto for necessário e retirada dos fios de Kirschner, quando usados, após autoprização do médico responsável.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Devido as diferentes apresentações possíveis e quadros clínicos muito variados, cada cirurgião responsável deve avaliar a necessidade de quais estruturas serão ou não abordadas no intra operatório.	

Nome do Procedimento	3.61 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BANDAS DE CONSTRIÇÃO CONGÊNITAS		
Descrição do procedimento	Marcação de incisões com retalhos de pele de modo a ganhar comprimento de pele do tipo zetaplastia múltipla ou em “W”; aprofundamento da incisão com exérese de anel fibroso profundo e rotação de gordura subcutânea local e liberação tendinosa ou muscular quando aderente ao anel fibroso. Nos casos em que há comprometimento neurológico faz-se a exploração do nervo com neurólise (caso esteja íntegro e funcional) e até neurorrafias. Hemostasia com bisturi elétrico e sutura dos retalhos bem frouxos sem áreas de isquemia.		
CIDs do Procedimento	Q74.0 Q79.9 Q79.8		
Indicação	Tanto as bandas de constrição superficiais como as profundas em que há linfedema distal à banda ou comprometimento neuro-vascular está indicado o tratamento cirúrgico, sob risco de haver amputações futuras e por conseguinte déficit funcional importante.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Não devem ser operados os paciente assintomáticos ou pouco sintomáticos com mínima limitação funcional. Infecção ativa principalmente em pele e ausência de condições clínicas também contra-indicam o procedimento.		
Exames da Indicação	Nao é necessário exames complementares - diagnóstico clínico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região		8B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W		4A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso		10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ¹		5B
3.14.03.27-1	Microneurorrafia única ²		8A
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Média		
Seguimento	Uso de curativo simples ou tala gessada para imobilização; inspeção da ferida em torno de 10 a 14 dias. Acompanhamento ambulatorial a cada 3 meses no primeiro ano e anual até maturidade esquelética		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A neurólise pode ser necessária caso haja sintomatologia neurológica sensitiva ou motora por compressão pela banda (²) Nos pacientes com constrição importante e com sofrimento neuroológico pode ser necessário realizar a ressecção do segmento do nervo e realizar a microneurorrafia direta.		

Nome do procedimento	3.62 — REIMPLANTE DE UM OU MAIS DEDOS DA MÃO OU DO POLEGAR	
Descrição do procedimento	O reimplante de dedos é um procedimento cirúrgico complexo que visa reconectar um ou mais dedos amputados, com o objetivo de restaurar sua função e viabilidade. Esse procedimento é realizado por cirurgiões especializados e envolve a técnica de microcirurgia, com a reconexão de estruturas anatômicas delicadas, como ossos, nervos periféricos, vasos sanguíneos, tendões e ligamentos. Um dos passos mais importantes do reimplante, requer a reconstrução das artérias e veias de pequeno calibre para restaurar o fluxo sanguíneo para o dedo, recuperando sua viabilidade. Tendões e ligamentos devem ser reparados e suturados para restaurar a função motora e a estabilidade do dedo. O uso de técnicas de microcirurgia, como suturas de nervos e vasos sanguíneos pequenos, é essencial para um resultado satisfatório.	
CIDs do Procedimento	S68.0 S62.6 S62.5 S66.0 S64.3	
Indicação	Tipo de lesão: A lesão deve ser uma amputação traumática limpa (sem grande contaminação) e em nível que permita a viabilidade do reimplante e recuperação funcional. Idade e saúde do paciente: Pacientes jovens e saudáveis são geralmente mais indicados para esse tipo de procedimento, pois têm melhor capacidade de cicatrização e menor risco de complicações. Porém, não há contra-indicação de realizar reimplante em paciente idosos. Qualidade do dedo amputado: O dedo deve estar o mais intacto possível, com mínima destruição dos tecidos. Viabilidade do transporte: O dedo amputado deve ser transportado adequadamente, com cuidados para manter a temperatura ideal (geralmente entre 4°C, não congelado) para preservar sua viabilidade até a chegada ao centro cirúrgico. Tempo de isquemia (tempo sem fluxo sanguíneo): O tempo máximo recomendado para reimplante é de 6 a 12 horas após a amputação, dependendo das condições do dedo e da estrutura vascular envolvida. Em amputações de dedos em níveis mais distais, o reimplante pode ser bem-sucedido até 24 horas após a lesão.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contraindicações Relativas: - Lesões extensas e irreparáveis de artérias, nervos e tendões que impossibilitam a reconstrução funcional adequada do dedo. - Pacientes com comorbidades graves que dificultem a cicatrização ou aumentam o risco de complicações clínicas, como trauma crânio-encefálico, trauma abdominal, trauma torácico, choque ou insuficiência vascular grave. - Amputações parciais ou com grande perda de tecido: quando há grande destruição da parte do dedo ou esmagamento, o reimplante pode não ser viável ou funcional.	
Exames da Indicação	Avaliação inicial: Exame Clínico detalhado do paciente e do dedo amputado, além de exames de imagem (Radiografia ou Tomografia Computadorizada), além de Doppler ou Angiografia, para avaliar o estado das estruturas vasculares.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.66-7	Reimplante de dois dedos da mão (por cada dedo adicional reimplantado será adicionado o porte 3B)	13A
3.07.05.10-0	Reimplante de segmentos distais do membro superior, com ressecção segmentar	13A
3.07.22.68-3	Reimplante do polegar	13A
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	11B
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.22.64-0	Reconstrução de leito ungueal	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.09.06.42-3	Revascularização arterial de membro superior - qualquer técnica	11B
3.14.03.25-5	Microneurorafia de dedos da mão	8B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo	8B
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos	10A
3.07.31.15-1	Tenorrafia no túnel osteofibroso até 2 dígitos	4C
3.07.22.52-7	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com fixação externa	9C
3.07.22.53-5	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com uso de miniparafuso	9C
3.07.22.55-1	Plástica ungueal	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1,3/1,5, 2,0, 2,3, 2,4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7; 2.0; 2.2; 2.5; 2.7, 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
 Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 7 dia(s)

☒ Anestesia	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico
Seguimento	O seguimento médico do reimplante de dedos envolve a monitorização contínua de parâmetros essenciais, como viabilidade vascular, função nervosa, recuperação motora e a prevenção de complicações. A abordagem deve ser multidisciplinar, incluindo o acompanhamento clínico, fisioterápico e, em alguns casos, cirúrgico, para garantir a maximização da recuperação funcional e a minimização dos riscos de falha do reimplante.
☒ Rastreabilidade	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Comprometimento funcional pós-reimplante: O paciente deve ter a expectativa de que, mesmo após o reimplante, a funcionalidade do dedo pode não ser totalmente restaurada, e a reabilitação será necessária.

Nome do procedimento	3.63 — TRANSFERÊNCIA MICROCIRÚRGICA DO DEDO DO PÉ PARA MÃO	
Descrição do procedimento	A "transferência do dedo do pé para a mão" é uma técnica cirúrgica rara e altamente especializada, para recuperação funcional da mão. Este procedimento envolve a transferência de um dedo do pé para a mão para substituir um dedo perdido, geralmente devido a trauma, câncer, infecção ou defeito congênito. A técnica é um tipo de microcirurgia reconstrutiva, em que o dedo do pé (geralmente o hálux, segundo ou terceiro dedos) é removido e, em seguida, reimplantado na mão, onde servirá como um "dedo substituto". Este procedimento pode ser realizado quando um dedo da mão foi severamente danificado e não pode ser reconstruído de outra forma.	
CIDs do Procedimento	Z89.0 S68.1 Q71.3	
Indicação	Perda traumática de dedos das mãos, especialmente em acidentes graves, defeitos congênitos em que os dedos das mãos são ausentes ou malformados, neoplasias que envolvem a remoção de partes da mão, infecções ou doenças que exigem amputações.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Estado geral de saúde comprometido: Pacientes com doenças sistêmicas graves (como diabetes descontrolada, infecções generalizadas, ou problemas cardiovasculares) podem não ser bons candidatos para a cirurgia devido ao risco elevado de complicações. - Inadequação do dedo do pé: Se o dedo do pé tiver comprometimento significativo, como deformidade grave, falta de mobilidade ou comprometimento vascular, sua transferência pode não ser viável. - Infecção ativa: Pacientes com infecção local ou sistêmica ativa não devem ser submetidos à cirurgia, pois o risco de infecção pós-operatória aumenta. - Expectativa de funcionalidade limitada: Pacientes com baixa expectativa quanto ao uso do dedo transferido podem não ser bons candidatos, especialmente em casos de má adaptação ou função comprometida após a cirurgia. - Comprometimento da circulação e nervos: Pacientes com problemas vasculares ou neurológicos graves que possam comprometer a viabilidade do dedo transferido ou a recuperação da função também são contra-indicados.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletromiografia e Exames de Sangue	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.07.03-0	Transplante de dedos do pé para a mão	13A
3.07.07.05-6	Transplante do hallux para polegar	13A
3.07.07.04-8	Transplante do 2º pododáctilo para o polegar	13A
3.07.07.06-4	Transplante de dois pododáctilos para a mão	13A
3.07.01.14-7	Interdigital da 1ª comissura dos dedos do pé	12B
3.07.07.01-3	Transplante articular de metatarsal para a mão	13A
3.07.22.56-0	Policização ou transferência digital	9A
3.07.22.75-6	Revascularização do polegar ou outro dedo (por cada dedo adicional revascularizado será adicionado o porte 3B)	13A
3.09.06.42-3	Revascularização arterial de membro superior - qualquer técnica	11B
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos	10A
3.14.03.26-3	Microneurrafia múltipla (plexo nervoso)	12B
3.07.01.06-6	Digitais (da face volar e látero-cubital dos dedos médio e anular da mão)	12C
3.07.22.52-7	Osteossíntese de fratura de falange e metacarpeana com fixação externa	9C
3.07.22.46-2	Lesões ligamentares agudas da mão - reparação cirúrgica	11B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1,3/1,5, 2.0, 2.3, 2.4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7; 2.0; 2.2; 2.5; 2.7, 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Microscópio cirúrgico, Material para microcirurgia (pinças, porta agulhas e tesouras de microcirurgia)	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	

Seguimento	- Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). Monitoramento da recuperação vascular e neural. Início da fisioterapia precoce e controle da dor. - Médio e longo prazo (meses): Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. Acompanhamento psicológico e controle de infecções. - Possíveis intervenções adicionais: Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.
☒ Rastreabilidade	
Comentários	

Nome do procedimento	3.64 — REIMPLANTE PROXIMAL DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR (MACROREIMPLANTE)	
Descrição do procedimento	O macroreimplante é um procedimento cirúrgico avançado realizado para reconectar e restaurar a função de grandes segmentos de membros que foram amputados, geralmente envolvendo a reconstrução com reimplante de uma parte significativa do membro, como um braço ou perna. Em termos técnicos, a indicação para um macroreimplante é baseada em uma série de fatores médicos e clínicos que garantem que o procedimento seja viável e que o paciente tenha chances de recuperação funcional.	
CIDs do Procedimento	S68.0 S62.6 S62.5 S66.0 S64.3	
Indicação	Tipo de Lesão: Amputações traumáticas ou por esmagamento de grandes segmentos de membros. Localização: Membros superiores ou inferiores, principalmente em níveis mais proximais (antebraço, perna, braço e coxa). Condições do Paciente: Saúde geral estável e adequada para cirurgia de grande porte. Viabilidade do Segmento Amputado: Tecidos, nervos e vasos principais preservados. Objetivo: Restauração da continuidade óssea, funcionalidade do membro e recuperação da estabilidade, mobilidade, capacidade motora e sensitiva, quando possível.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Tempo decorrido desde a amputação (geralmente mais de 6 a 12 horas). Lesões vasculares irreparáveis. Dano irreparável aos nervos principais. Infecção grave ou contaminação do membro amputado. Condições médicas graves ou instáveis (como doenças cardiovasculares, insuficiência renal, diabetes descompensado). Idade avançada ou comorbidades severas. Destruição irreparável do membro amputado. Potencial funcional limitado do reimplante. Fatores psicológicos que impedem o enfrentamento da reabilitação. Infraestrutura inadequada para suportar a cirurgia, pós-operatório e a reabilitação.	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética para avaliação anatômica detalhada. Doppler Arterial e Venoso, Angiografia para avaliação do fluxo sanguíneo e viabilidade vascular. Exames laboratoriais (hemograma, glicemia, função hepática e renal, testes de coagulação). Eletromiografia (EMG) e Potenciais Evocados para análise da função neural. Exames microbiológicos para detectar infecções e determinar tratamentos adequados. Avaliação psicológica e funcional para garantir que o paciente está apto a enfrentar a cirurgia e a reabilitação.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.67-5	Reimplante do membro superior nível transmetacarpiano até o terço distal do antebraço ¹	13A
3.07.06.03-3	Reimplante do membro superior, do nível médio do antebraço até o ombro ¹	13A
3.07.06.02-5	Reimplante do membro inferior do pé até o terço médio da perna ²	13A
3.07.06.01-7	Reimplante do membro inferior do nível médio proximal da perna até a coxa ²	13A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.07.30.10-4	Fasciotomias acima do punho	4C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.09.06.42-3	Revascularização arterial de membro superior - qualquer técnica	11B
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos	10A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
3.14.03.26-3	Microneurorafia múltipla (plexo nervoso)	12B
3.07.20.07-9	Encurtamento segmentar dos ossos do antebraço com osteossíntese - tratamento cirúrgico	11B
3.07.22.69-1	Reparações cutâneas com retalho ilhado antebraquial invertido	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	SISTEMA DE PLACAS MICRO FRAGMENTOS EM AÇO OU TITÂNIO 1.3 - 1.5 - 2.0 - 2.3 - 2.4	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO MICRO FRAGMENTO BLOQUEADO	Variável
	PARAFUSO AÇO OU TITÂNIO CANULADO DUPLA COMPRESSÃO 1.7 - 2.0 - 2.2 - 2.5 - 2.7 - 3.0	Variável
	MINI ÂNCORA MONTADA COM SUTURA DE POLIETILENO DE ULTRA-ALTO PESO MOLECULAR (UHMWPE) (SISTEMAS 1.5 A 3.0)	Variável
	FIXADOR EXTERNO PARA DEDO	Variável
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS COM AGULHA	Variável
	COLA DE FIBRINA	Variável
	FIXADOR EXTERNO P/PUNHO EM AÇO COMPLETO	Variável
	PLACA BLOQUEADA VOLAR P/RADIO DISTAL 3,5mm EM TITÂNIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm	Variável

	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM ACO COMPLETO	Variável
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	Variável
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Microscópio cirúrgico, Material para microcirurgia (pinças, porta agulhas e tesouras de microcirurgia)	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	- Monitoramento imediato (primeiras 24-48h): Avaliação de circulação sanguínea, sinais de infecção e controle de dor. - Curto prazo (primeiras semanas): Exames de imagem (radiografias, ultrassonografia). Monitoramento da recuperação vascular e neural. Início da fisioterapia precoce e controle da dor. - Médio e longo prazo (meses): Intensificação da fisioterapia e reabilitação funcional. Monitoramento de função nervosa e cicatrização óssea. Acompanhamento psicológico e controle de infecções. - Possíveis intervenções adicionais: Cirurgias de revisão, uso de próteses e outros ajustes, conforme necessário.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Esse acompanhamento contínuo é essencial para garantir que o macrorimplante tenha sucesso, permitindo a recuperação funcional do paciente e a adaptação ao novo estado físico. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si. (²) Procedimentos excludentes entre si.	

4 – CIRURGIA DO QUADRIL

Nome do Procedimento	4.1 — ARTROSCOPIA DO QUADRIL	
Descrição do procedimento	A artroscopia do quadril é um procedimento minimamente invasivo utilizado para diagnosticar e tratar doenças do quadril. Durante a cirurgia, um pequeno corte é feito na pele, permitindo a inserção de uma câmera chamada artroscópio, que fornece imagens do interior da articulação. Isso possibilita ao médico visualizar estruturas como cartilagens, ligamentos e tendões, facilitando a identificação de lesões ou anomalias. A artroscopia pode ser utilizada para reparar lesões, remover fragmentos soltos ou tratar condições como a síndrome do impacto femoroacetabular. Os benefícios incluem menor dor pós-operatória e uma recuperação mais rápida em comparação com a cirurgia aberta.	
CIDs do Procedimento	M16 M79 M54.1	
Indicação	Tendinite glútea, Bursite trocantérica, Síndrome piriforme, Compressão ciático, Lesão tendão conjunto	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção ativa no quadril	
Exames da Indicação	Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular	12B
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral	11B
Opção 1 ^A	Descrição	Quantidade
	KIT AGULHAS DESCARTÁVEIS E FIO DE RETINOL	1
	FACA BANANA	1
	ÂNCORAS ABSORVIVEIS	3
	FIOS DE SUTURA	3
	CÂNULAS PARA PORTAIS	2
	ELETRODO DE ABLAÇÃO BIPOLAR	1
	SHAVER ÓSSEO	1
	SHAVER PARTES MOLES RETO	1
	SHAVER DE PARTES MOLES CURVO	1
	EQUIPO	1
	ROLO PROTETOR PAR PERÍNEO	1
	BOMBA DE INFUSÃO	1
	AGULHA DESCARTÁVEL	1
	DISPOSITIVO PARA SUTURA DA CÁPSULA	1
Opção 2 ^A	KIT AGULHAS DESCARTÁVEIS E FIO DE RETINOL	1
	CÂNULAS PARA PORTAIS	2
	ÂNCORAS ABSORVIVEIS	3
	FIOS DE SUTURA	3
	ELETRODO DE ABLAÇÃO BIPOLAR	1
	SHAVER PARTES MOLES RETO	1
	SHAVER DE PARTES MOLES CURVO	1
	EQUIPO	1
	ROLO PROTETOR PAR PERÍNEO	1
	BOMBA DE INFUSÃO	1
Internação	UTI 1 dia	Quarto 2 dias
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	4.2 — TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOARTROSE DE QUADRIL	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da osteoartrose de quadril é comumente realizado por meio da artroplastia total do quadril (ATQ). A via de acesso pode ser posterior, lateral direta ou anterior, conforme preferência do cirurgião e perfil do paciente. Após a incisão, os tecidos moles são dissecados até a cápsula articular, que é aberta para luxação do quadril. A cabeça femoral é ressecada e a cavidade acetabular preparada para inserção do componente protético acetabular, geralmente cimentado ou impactado. O canal femoral é então broqueado para inserção da haste femoral, com ou sem cimento ortopédico. Com os componentes posicionados, realiza-se a redução e verifica-se a estabilidade, amplitude de movimento e ausência de impacto. Após hemostasia, a ferida é fechada em planos e instala-se dreno, se necessário. O paciente inicia deambulação assistida geralmente no primeiro dia pós-operatório	
CIDs do Procedimento	M16.0 M16.1 M16.2 M16.3 M16.4 M16.5 M16.6 M16.7	
Indicação	Osteoartrose de quadril	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção ativa no quadril	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
Opção 1 ^A	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 2 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 3 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1

Opção 4 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 5 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 6 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 7 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 8 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 9 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 10 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 11 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 12 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	
	KIT CIMENTAÇÃO	2
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 13 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 14 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 15 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 16 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 17 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 18 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 19 ^A	COMPONENTE ACETABULAR METAL RESSURFACING	1
	CABEÇA METAL RESSUFERCING	1
	CIMENTO ÓSSEO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
☒ Internação	UTI 1 dia	Quarto 3 dias
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs	
	(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	4.3 — ARTROPLASTIA TOTAL COXO FEMORAL - OSTEONECROSE	
Descrição do procedimento	A artroplastia total de quadril (ATQ) é uma cirurgia que substitui a articulação do quadril danificada por uma prótese artificial. É indicada para pacientes com artrite severa, fraturas ou doenças que causam dor intensa e limitação de movimento. Durante o procedimento, o cirurgião remove a cabeça do fêmur e o acetábulo, instalando componentes protéticos para restaurar a função da articulação. A cirurgia é realizada sob anestesia geral ou regional e pode levar de uma a duas horas. Os pacientes geralmente se beneficiam de alívio significativo da dor e melhora na mobilidade, permitindo retomar atividades diárias com mais facilidade.	
CIDs do Procedimento	M87.0 M87.1 M87.8 M87.9	
Indicação	Osteonecrose da cabeça do fêmur	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção ativa no quadril	
Exames da Indicação	Radiografia e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
Opção 1 ^A	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 2 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 3 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1

Opção 4 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 5 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 6 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 7 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 8 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 9 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 10 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 11 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1

Opção 12 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	
	KIT CIMENTAÇÃO	2
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 13 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 14 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 15 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 16 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 17 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 18 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
☒ Internação	UTI 1 dia	Quarto 3 dias
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs ^(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	4.4 — ARTROPLASTIA TOTAL COXO FEMORAL - FRATURA COLO FÊMUR	
Descrição do procedimento	A artroplastia total de quadril (ATQ) é uma cirurgia que substitui a articulação do quadril danificada por uma prótese artificial. É indicada para pacientes com artrite severa, fraturas ou doenças que causam dor intensa e limitação de movimento. Durante o procedimento, o cirurgião remove a cabeça do fêmur e o acetábulo, instalando componentes protéticos para restaurar a função da articulação. A cirurgia é realizada sob anestesia geral ou regional e pode levar de uma a duas horas. Os pacientes geralmente se beneficiam de alívio significativo da dor e melhora na mobilidade, permitindo retomar atividades diárias com mais facilidade.	
CIDs do Procedimento	S72.0	
Indicação	Fratura do colo do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Infecção ativa no quadril	
Exames da Indicação	Radiografia e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
Opção 1 ^A	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 2 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 3 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 4 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 5 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 6 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 7 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 8 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 9 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 10 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 11 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 12 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	
	KIT CIMENTAÇÃO	2
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 13 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 14 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 15 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 16 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 17 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 18 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
☒ Internação	UTI 1 dia	Quarto 3 dias
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	4.5 — ARTROPLASTIA TOTAL COXO FEMORAL - FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR	
Descrição do procedimento	A artroplastia total de quadril (ATQ) é uma cirurgia que substitui a articulação do quadril danificada por uma prótese artificial. É indicada para pacientes com artrite severa, fraturas ou doenças que causam dor intensa e limitação de movimento. Durante o procedimento, o cirurgião remove a cabeça do fêmur e o acetábulo, instalando componentes protéticos para restaurar a função da articulação. A cirurgia é realizada sob anestesia geral ou regional e pode levar de uma a duas horas. Os pacientes geralmente se beneficiam de alívio significativo da dor e melhora na mobilidade, permitindo retomar atividades diárias com mais facilidade.	
CIDs do Procedimento	S72.0 S72.1	
Indicação	Fratura do Transtrocanterica do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Infecção ativa no quadril	
Exames da Indicação	Radiografia e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
Opção 1^A	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 2^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 3^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1

Opção 4 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 5 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 6 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT CERÂMICA	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 7 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 8 ^A	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 9 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 10 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 11 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1

Opção 12 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT METAL	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	CABEÇA DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	
	KIT CIMENTAÇÃO	2
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 13 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 14 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	3
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
Opção 15 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1

Opção 16 ^A	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PAFUSOS ACETABULARES	2
	INSERT POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 17 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA DE CERÂMICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
Opção 18 ^A	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO CONSTRITO	1
	CABEÇA METÁLICA	1
	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ÓSSEO	3
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	RESTRITOR DE CIMENTO	1
	CENTRALIZADOR	1
	PULSE LAVAGEM	1
☒ Internação	UTI 1 dia	Quarto 3 dias
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs ^(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

5 – CIRURGIA DO JOELHO (SBCJ)

Nome do Procedimento	5.1 — MENISCOPLASTIA/MENISCECTOMIA		
Descrição do procedimento	O procedimento cirúrgico destinado à remoção parcial ou total do menisco, ou sua plastia, é frequentemente realizado por via artroscópica, permitindo uma abordagem minimamente invasiva, utilizando instrumentos cirúrgicos especializados e um artroscópio para visualização da articulação. Procedimento de exereses/plastia de lesões meniscais. Para este procedimento é realizado exereses da área lesionada com margem de qualidade tecidual geralmente associada a plastia térmica por ablação.		
CIDs do Procedimento	M23.2 S83.2		
Indicação	Lesões meniscais geradoras de dor, derrame articular, desconforto, bloqueios, falseios e/ou instáveis em zona desvascularizada meniscal; lesões complexas irreparáveis e sintomáticas sem resposta do tratamento conservador; para este procedimento é realizado exereses da área lesionada com margem de qualidade tecidual geralmente associada a plastia térmica por ablação.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Lesões degenerativas sem instabilidade e sem perimeniscite sem derrames articulares e ausência de sintomas mecânicos como bloqueio articular ou falseios; lesões intrasubstanciais sem comprometimento da superfície meniscal.		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Arthro-Ressonância, Arthro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte	
3.07.33.05-7	Meniscectomia - um menisco	8C	
OPMEs	Descrição	Quantidade	
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1	
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1	
☒ Internação	UTI dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 12 semanas		
☒ Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	5.2 — REPARO MENISCAL/MENISCORRAFIA	
Descrição do procedimento	Procedimento de sutura ou reinserção meniscal a fim de promover estabilidade para que a cura biológica da lesão possa ser efetiva e, assim, preservar a estrutura anatômica. Pode ser realizado através de técnicas all inside (mais indicada para o corno posterior do menisco medial e corno posterior e corpo de menisco lateral a fim de minimizar risco de lesão neurovascular); técnica inside out mais indicada para lesões do corpo meniscal medial e a técnica outside in mais indicada para as lesões do corno anterior meniscal; ainda que todas as técnicas possam ser utilizadas para qualquer seguimento meniscal de acordo com o treinamento de cada médico. É oportuno que para cada topografia meniscal (corno posterior, corpo e corno anterior) seja utilizado, ao menos, 03 pontos. Para a lesão de raiz meniscal a técnica utilizada de reinserção é de fixação tipo pull-out com fixação cortical óssea tibial sendo necessário utilizar materiais de sutura específicos para ancoragem mensical e, ao mesmo tempo, a necessidade de fixação cortical para pull out que pode ser realizada com button cortical.	
CIDs do Procedimento	S83.2 M23.2	
Indicação	Lesões meniscais longitudinais, horizontais e radiais monoplanares com bom plano de clivagem não degenerativa, em zona meniscal vermelha-vermelha ou vermelha-branca. Lesões tipo RAMP, desinserções de raiz mensical, lesões em alça de balde	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Lesões degenerativas sem instabilidade e sem perimeniscite sem derrames articulares e ausência de sintomas mecânicos como bloqueio articular ou falseios; lesões intrasubstanciais sem comprometimento da superfície meniscal, lesões complexas multiplanares acometendo zona meniscal branca-branca.	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Arthro-Ressonância, Arthro-Tomografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.33.06-5	Reparo ou sutura de um menisco	10C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1
	LÂMINA DE SHAVER ÓSSEA	1
	AGULHAS DE PASSAGEM DE FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA (TÉCNICA INSIDE OUT)	3 por zona meniscal
	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	3 por zona meniscal
	DISPOSITIVO PARA FIXAÇÃO ALL INSIDE	3 por zona meniscal
	DISPOSITIVO PARA PONTO EM RAIZ MENISCAL - PASSADOR DE SUTURA	1
	BOTÃO PARA FIXAÇÃO CORTICAL PARA PULL-OUT PARA RAIZ MENSICAL	1 por menisco
	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIAS PARA SUTURA DE CORNO POSTERIOR, POSTERIOR E CORNO ANTERIOR	Variável ^A
	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA PARA REPARO DA RAIZ POSTERIOR	2
	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA PARA SUTURA DA RAIZ ANTERIOR	2
☒ Internação	UTI dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 24 semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Dependente do número de suturas necessárias	

Nome do Procedimento	5.3 — SINOVECTOMIA	
Descrição do procedimento	A sinovectomia é um procedimento cirúrgico destinado à remoção de parte ou toda a membrana sinovial que reveste a articulação. Esse procedimento é frequentemente realizado em casos onde há doença sinovial significativa, resultando em dor, derrame articular e incapacidade funcional. A sinovectomia pode ser total ou parcial por via artroscópica, de ressecção sinovial e/ou ablação térmica.	
CIDs do Procedimento	M65.8 M12.2	
Indicação	Pacientes com derrames articulares e/ou dor por patologia sinovial necessitam de sinovectomia que pode ser total ou parcial	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Punção Articular	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.33.01-4	Sinovectomia total¹	9C
3.07.33.02-2	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA P/ ARTROSCÓPIO)	1
	SISTEMA DE CAUTERIZAÇÃO ARTICULAR ARTROSCÓPICO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 12 semanas	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	5.4 — REPARO DE LESÃO OSTEOCONDRAI ARTICULAR	
Descrição do procedimento	Indicado para pacientes que apresentem lesões osteocondrais traumáticas, lesões idiopáticas tais como osteocondrite dissecante, qualquer lesão profunda acometendo zona III e IV da classificação de ICRS (International Cartilage Repair Society), de aspecto degenerativo com circundação de bordas normais e com sinais radiológicos de sofrimento subcondral tais como edema ósseo em topografia da lesão. Quando as lesões se apresentam com até 2 cm² poderá ser utilizado a técnica de microfratura para estímulo medular de reparo, para lesões de 1 cm² a 4 cm² poderá ser utilizado a técnica de mosaicoplastia ou transplante autólogo osteocondral assim como pode se optar pela técnica de estímulo medular com aplicação de membrana de colágeno. Para lesões acima de 4 cm² a técnica de mosaicoplastia, membrana de colágeno assim como os alotransplante podem estar indicadas. É imperativo que exista borda osteocondral qualificada circundando a lesão a ser tratada para que o desfecho seja satisfatório. Procedimentos osteocondrais podem ser acompanhados de correção de eixo mecânico para retirada de sobrecarga sobre o compartimento articular a ser reparado. Destaca-se que para os procedimentos osteocondrais descritos são necessário em potencial o uso de material para transplante autólogo osteocondral (mosaicoplastia) e/ou uso de membranas de colágeno a fim de manter o perfil de celularidade de reparo in situ.	
CIDs do Procedimento	M93.9 M93.2 M83.0	
Indicação	Indicado para pacientes que apresentem lesões osteocondrais traumáticas, lesões idiopáticas tais como osteocondrite dissecante, qualquer lesão profunda acometendo zona III e IV da Classificação de ICRS (International Cartilage Repair Society) de aspecto degenerativo com circundação de bordas normais e com sinais radiológicos de sofrimento subcondral tais como edema ósseo em topografia da lesão.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Lesões degenerativas sem instabilidade e presença de osteoartrose caracterizada com osteofitose, encurtamento dos espaços articulares e desvios de eixos mecânicos não passivos de correção no ato da indicação da osteocondroplastia.	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Arthro-Ressonância, Arthro-Tomografia, Radiografia panorâmica de membros inferiores	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.33.04-9	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia	10C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1
	KIT MOSAICOPLASTIA (01 TREFINA PARA ÁREA DOADORA E 01 TREFINA PARA ÁREA RECEPTORA)	1
	LÂMINA DE SHAVER ÓSSEA	1
	INSTRUMENTAL PARA MICROFRATURA	1
	MEMBRANA DE COLÁGENO	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 24 semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	5.5 — CONDROPLASTIA COM REMOÇÃO DE CORPO LIVRE		
Descrição do procedimento	A condroplastia é um procedimento cirúrgico realizado para restaurar a superfície da cartilagem articular danificada, principalmente em casos de lesões condrais isoladas. A técnica pode ser realizada por meio de artroscopia, onde instrumentos são inseridos na articulação através de pequenas incisões. O objetivo é preparar o leito da cartilagem e promover a cicatrização, podendo incluir desbridamento da cartilagem.		
CIDs do Procedimento	M94.2		
Indicação	Pacientes com queixa de dor, crepitação e sinovites de repetição sem melhora com o tratamento conservador e presença de lesões condrais com fibrilação. Pacientes com destacamento condral e fragmento livre articular com queixa de dor e sintomas mecânicos de falseio e bloqueio. Geralmente a condroplastia é realizada com desbridamento com shaver associado a ablação térmica para regularização condral.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Lesões degenerativas sem sinovite ou sintomas mecânicos.		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Artro-Ressonância, Artro-Tomografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.33.03-0	Condroplastia (com remoção de corpos livres)		8C
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)		1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA		1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 12 semanas		
☒ Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	5.6 — RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	
Descrição do procedimento	A cirurgia envolve a reconstrução do ligamento lesado utilizando um enxerto, que pode ser obtido de várias fontes, incluindo o próprio tendão do paciente (enxerto autógeno), tendão do doador (enxerto alógeno). O procedimento pode ser realizado por técnicas artroscópicas minimamente invasivas, onde instrumentos são inseridos através de pequenas incisões. O objetivo é restabelecer a estabilidade do joelho e permitir o retorno à atividade física de forma segura. A reconstrução do ligamento cruzado anterior é, em ampla maioria dos casos, realizada com autoenxerto de tendões: semitendíneo e grácil, quadricipital, retor femoral, fibular e ligamento patelar. O procedimento consiste em realizações de túneis ósseos e a passagem do enxerto que são fixados no femur e tibia com dispositivos tais como parafusos de interferências, buttons, grampos ou âncoras. Em pacientes com instabilidades anterolaterais francas e em revisões da reconstrução do LCA o reforço periférico articular com a associação de reconstrução do ligamento anterolateral pode estar indicado, em que, a depender da técnica aplicada para esta finalidade pode estar indicada uma fixação femoral e tibial com buttons ou parafusos ou âncoras ósseas.	
CIDs do Procedimento	S83.5	
Indicação	A reconstrução do LCA está indicada quando presente instabilidade anterolateral do joelho associada a lesão do ligamento. Em pacientes com instabilidades anterolaterais francas e em revisões da reconstrução do LCA o reforço periférico articular com a associação de reconstrução do ligamento anterolateral pode estar indicada	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Radiografia sob estresse	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.33.07-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior	10C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1
	FIXAÇÃO FEMORAL (BUTTON, PARAFUSO)	1
	FIXAÇÃO TIBIAL (BUTTON, PARAFUSO)	1
	ÂNCORA OU PARAFUSO OU BUTTONS (PARA FIXAÇÃO DO LIG ANTEROLATERAL)	2
	FIOS GUIAS PARA PASSAGEM DO ENXERTO E FIXAÇÃO DOS PARAFUSOS	3
	BROCA PARA ENDOBUTTON	1
	LÂMINA DE MICROSERRA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até se obter a estabilidade do joelho	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do procedimento	5.7 — RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR	
Descrição do procedimento	A reconstrução do ligamento cruzado posterior (LCP) é um procedimento indicado em casos de lesões completas ou insuficiência crônica desse ligamento, com instabilidade funcional significativa que não responde ao tratamento conservador. Esse procedimento visa restaurar a estabilidade posterior do joelho, função biomecânica normal e prevenir lesões secundárias nos compartimentos articulares. A reconstrução do ligamento cruzado posterior é, em ampla maioria dos casos, realizada com autoenxerto de tendões: semitendíneo e grácil, quadricipital, reto femoral, fibular e ligamento patelar. Em lesões multiligamentares, pode-se utilizar aloenxerto. O procedimento consiste em realizações de túneis e na passagem do enxerto que são fixados no femur e tibia com dispositivos tais como parafusos de interferências, buttons, grampos ou âncoras. É descrito técnicas de túnel único femoral e técnicas com duplo túnel femoral a fim de melhor reprodução anatômica. Para a passagem do enxerto transtuneis é necessário a utilização de instrumentos guias tipo "smoother". A depender de associação de lesão dos ligamentos meniscofemorais pode ser optado pela técnica de dupla banda femoral necessitando de 2 dispositivos de fixação do enxerto.	
CIDs do Procedimento	S83.5	
Indicação	A reconstrução do LCP está indicada quando presente instabilidade posterior ou posterolateral e posteromedial do joelho associada: • A lesão do ligamento na vigência de gaveta posterior positiva em perda do step off tibial no exame físico. • Lesões completas ou grau III do LCP (≥ 10 mm de deslocamento posterior da tibia). • Insuficiência crônica do LCP com instabilidade funcional. • Dor e instabilidade persistentes após tratamento conservador adequado. • Lesões combinadas (lesões multiligamentares do joelho). • Pacientes jovens ou ativos com demanda funcional elevada.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Radiografia sob estresse	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.33.07-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior	10C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1
	FIXAÇÃO FEMORAL (BUTTON, PARAFUSO)	2
	FIXAÇÃO TIBIAL (BUTTON, PARAFUSO)	1
	ÂNCORA OU PARAFUSO OU BUTTONS PARA POSTE DE FIXAÇÃO	2
	FIOS GUIAS PARA PASSAGEM DO ENXERTO E FIXAÇÃO DOS PARAFUSOS	3
	BROCA PARA ENDOBUTTON	1
	SMOOTHER PARA PASSAGEM DO ENXERTO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	5.8 — RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO PÓSTEROLATERAL		
Descrição do procedimento	A reconstrução do canto póstero-lateral (CPL) do joelho é indicada para tratar instabilidades posterolaterais, resultantes de lesões nos principais estabilizadores dessa região: o ligamento colateral lateral (LCL), o tendão do poplíteo e o ligamento popliteofibular. O procedimento visa restaurar a estabilidade rotacional e contrabalançar forças em valgo e varo, utilizando enxertos autólogos ou alógenos e fixação anatômica em túneis ósseos. Existem diversas técnicas na literatura com descrições variadas nos numeros de tuneis no femur e na tibia, assim como os sistemas de fixações do enxerto parafuso de interferência, endobutton e âncoras.		
CIDs do Procedimento	S83.0 S83.4		
Indicação	• Lesões combinadas com ruptura do LCL e estruturas posterolaterais, incluindo instabilidade rotacional. • Instabilidade crônica do canto póstero-lateral com sintomas funcionais significativos. • Lesões agudas em que o tratamento conservador não é adequado. • Lesões associadas a rupturas de outros ligamentos, como LCA ou LCP.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Infecção		
Exames da Indicação	Radiografia do joelho (AP, perfil e estresse em valgo), Radiografia panorâmica, Ressonância Magnética, Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.33.07-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior		10C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico		9B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo		7C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico¹		6A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão¹		4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)		1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR		1
	PARAFUSOS OU BUTTONS OU ANCORAS		2 por ligamento
	FIOS GUIAS		1 por ligamento
	SMOOTHER PARA PASSAGEM DO ENXERTO		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si		

Nome do procedimento	5.9 — OSTEOTOMIA FEMORAL DISTAL	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico destinado a correções biomecânicas do membro inferior do plano coronal (varo/valgo), sagital (flexo/hiperextensão) ou axial (desvios rotacionais). Para as deformidades coronais e sagitais o procedimento pode ser realizado através de osteotomias de cunhas de abertura ou de fechamento ou cupuliforme associado a interposição de enxerto ósseo e fixação com placas, parafusos ou grampos. Para as deformidades no plano axial além das técnicas de osteotomias com fixação com placas e parafusos também pode estar indicado o uso de hastes intramedulares. Fixadores externos também são alternativas para correções de desvios ósseos para deformidades moderadas e severas.	
CIDs do Procedimento	M17.0 S83.0	
Indicação	Procedimento cirúrgico destinado a correções biomecânicas do membro inferior do plano coronal (varo/valgo), sagital (flexo/hiperextensão) ou axial (desvios rotacionais) que proporcionam disfunções, dores, sobrecarga ligamentar e articular.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, Radiografia Panorâmica de membros inferiores.	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA FEMORAL DISTAL	1
	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO	10
	HASTE INTRAMEDULAR	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIOS	4
	GRAMPOS ÓSSEOS	3
	LÂMINA DE SERRA	1
	FIOS GUIAS	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.10 — OSTEOTOMIA TIBIAL PROXIMAL	
Descrição do procedimento	Procedimento cirúrgico destinado a correções biomecânicas do membro inferior do plano coronal (varo/valgo), sagital (flexo/hiperextensão) ou axial (desvios rotacionais). Para as deformidades coronais e sagitais o procedimento pode ser realizado através de osteotomias de cunhas de abertura ou de fechamento ou cupuliforme associado a interposição de enxerto ósseo e fixação com placas, parafusos ou grampos. Para as deformidades no plano axial além das técnicas de osteotomias com fixação com placas e parafusos também pode esta indicado o uso de hastes intramedulares. Fixadores externos também são alternativas para correções de desvios ósseos para deformidades moderadas e severas.	
CIDs do Procedimento	M17.0 S83.0	
Indicação	Procedimento cirúrgico destinado a correções biomecânicas do membro inferior do plano coronal (varo/valgo), sagital (flexo/hiperextensão) ou axial (desvios rotacionais) que proporcionam disfunções, dores, sobrecarga ligamentar e articular.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, Radiografia Panorâmica de membros inferiores	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA TIBIAL PROXIMAL	1
	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO	8
	HASTE INTRAMEDULAR	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIOS	4
	GRAMPOS ÓSSEOS	3
	LÂMINA DE SERRA	1
	FIOS GUIAS	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO JOELHO RÍGIDO E ARTROFIBROSE ARTICULAR	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico do joelho rígido e artrofibrose consiste em restaurar a amplitude de movimento do joelho, reduzindo a fibrose articular e periarticular que limita o movimento. Pode incluir artroscopia para lise de aderências, liberação de tecidos moles, ressecção de tecido cicatricial ou manipulação sob anestesia. Em casos mais graves, pode ser necessária uma abordagem aberta para liberação completa. Joelhos rígidos e artrofibrose articular são manejados com amplo desbridamento e potencial alongamentos de estruturas capsulo-musculo-tendíneas articulares. As medidas terapêuticas que devem ser aplicadas são relacionadas a cronicidade e enrigecimento articular. As técnicas potenciais podem ser desde simples manipulações articulares sob sedação como procedimentos mais invasivos tais como: artrolise artroscópica, capsuloplastias, tenomioplastias de alongamentos, tenotomias.	
CIDs do Procedimento	M23.9	
Indicação	Paciente que apresenta amplitude de movimento articular restrita e limitação funcional.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Arthro-Ressonância, Arthro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.33.09-0	Tratamento cirúrgico da artrofibrose	10B
3.07.31.05-4	Encurtamento de tendão - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.05-8	Dissecção muscular	3C
3.07.30.07-4	Fasciotomia	4C
3.07.26.28-0	Toaleta cirúrgica - correção de joelho flexo - tratamento cirúrgico	7B
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	CÂNULA ARTROSCÓPICA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	5.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DE JOELHO OU LESÃO MULTILIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da luxação do joelho ou lesão multiligamentar envolve a reconstrução ou reparação de dois ou mais ligamentos rompidos, frequentemente em combinação com estruturas associadas, como cápsula articular e tendões. Este procedimento visa restaurar a estabilidade funcional do joelho, corrigir desalinhamentos articulares e prevenir complicações secundárias, como instabilidade crônica, rigidez articular e artrose precoce. Em casos de luxação do joelho, o objetivo é reduzir a articulação, estabilizá-la e tratar lesões vasculares ou nervosas associadas.	
CIDs do Procedimento	S83.0 S83.1	
Indicação	• Luxação traumática aguda do joelho com instabilidade evidente. • Lesão multiligamentar envolvendo pelo menos dois dos principais ligamentos: LCA, LCP, LCL, ou LCM. • Instabilidade funcional severa e incapacidade de suportar carga no joelho. • Lesões associadas: comprometimento vascular (artéria poplítea) ou nervoso (nervo fibular comum). • Indicação de reparo ou reconstrução ligamentar para restaurar alinhamento funcional. Nota: Lesões vasculares ou neurológicas demandam intervenção emergencial em casos de luxação aguda.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Radiografia simples (AP e perfil), Radiografia panorâmica, Ressonância magnética, Angiotomografia, Ultrassonografia Doppler	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.33.07-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior	10C
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR	1
	PARAFUSOS OU BUTTONS OU ANCORAS	2 por ligamento
	FIOS GUIAS	1 por ligamento
	SMOOTHER PARA PASSAGEM DO ENXERTO	1
	FIXADOR EXTERNO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	5.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico de lesões do ligamento colateral medial (LCM) é indicado em rupturas completas ou lesões crônicas que causam instabilidade medial significativa (Grau II e III) e falha do manejo conservador. O procedimento pode envolver reparo direto do ligamento rompido ou reconstrução com enxertos autólogos ou alógenos, utilizando técnicas que restabeleçam a anatomia e a estabilidade da articulação.	
CIDs do Procedimento	S83.0	
Indicação	• Lesões grau II e III (ruptura completa) com instabilidade medial significativa, confirmada em exame clínico e de imagem. • Lesões combinadas envolvendo outros ligamentos (ex.: LCA ou LCP). • Lesões crônicas com instabilidade medial incapacitante.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Radiografia do joelho (AP, perfil e estresse em valgo), Radiografia panorâmica, Ressonância magnética, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.33.07-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior	10C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão¹	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR	1
	PARAFUSOS OU BUTTONS OU ANCORAS	2 por ligamento
	FIOS GUIAS	1 por ligamento
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do procedimento	5.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR - LIGAMENTO PATELAR	
Descrição do procedimento	O procedimento consiste em restituir a integridade funcional do ligamento patelar. Para este procedimento existem técnicas de reinserção simples com âncoras quando o ligamento apresenta qualidade tecidual e pouca retração assim como pode ser necessário a utilização de maior reforço em decorrência da fragilidade do tecido existente. A reconstrução do ligamento com uso de autoenxerto de tendões isquiotibiais pode ser necessário. Reforço com telas podem ser necessários para ampliar a segurança da reconstrução. Em casos mais severos em que o tecido ligamentar é frágil ou inexistente pode ser necessário o uso de transplante de mecanismo extensor (aloenxerto) para o restabelecimento funcional articular.	
CIDs do Procedimento	S86.2	
Indicação	Lesão ou insuficiência mecânica do ligamento patelar associado a disfunção	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Artro-Ressonância, Artro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores, Radiografia de Joelho	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	PARAFUSO ANCORA BIOABSORVIVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	3
	FIOS DE CERCLAGEM OU TAPE	1
	ALOENXERTO DE MECANISMO EXTENSOR	1
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA	1
	TELA	1
	BROCA CANULADA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR - TENDÃO QUADRICIPITAL	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da lesão do tendão do quadríceps consiste na reparação ou reconstrução do tendão rompido. É indicado em casos de ruptura parcial ou total que comprometam a extensão ativa do joelho. A cirurgia envolve a reinserção do tendão no polo superior da patela, utilizando suturas transósseas ou âncoras metálicas, garantindo a restauração da função extensora do joelho. O procedimento consiste em restituir a integridade funcional do tendão quadricipital. Para este procedimento existem técnicas de reinserção simples com âncoras quando o tendão apresenta qualidade tecidual e pouca retração assim como pode ser necessário a utilização de maior reforço em decorrência da fragilidade do tecido existente. A reconstrução do tendão com uso de autoenxerto de tendões isquiotibiais podem ser necessário. Reforço com telas podem ser necessários para ampliar a segurança da reconstrução. Em casos mais severos em que o tecido tendíneo é frágil ou inexistentes pode ser necessário o uso de transplante de mecanismo extensor (aloenxerto) para o restabelecimento funcional articular.	
CIDs do Procedimento	S76.1	
Indicação	Lesão ou Perda Funcional do Tendão Quadricipital	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Artro-Ressonância, Artro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores	
Códigos CBHPM	Porte	
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	
3.07.30.15-5	Transposição muscular	
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões	
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	
OPMEs	Quantidade	
	PARAFUSO ANCORA BIOABSORVIVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	
	TELA	
	FIOS DE CERCLAGEM OU TAPE	
	ALOENXERTO DE MECANISMO EXTENSOR	
	BROCA CANULADA	
	FIOS GUIAS	
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	5.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE PATELOFEMORAL		
Descrição do procedimento	Procedimento com finalidade estabilizar a articulação patelofemoral. Para este objetivo pode ser necessário a manipulação de múltiplos sítios cirúrgicos. Dependendo das variações anatômicas dos pacientes é possível ser necessário a reconstrução simples do ligamento patelofemoral medial assim como procedimentos associados de osteotomia da tuberosidade anterior da tibia para potencial medialização e distalização assim como procedimentos de trocleoplastias ou osteotomias derrotativas femoral e/ou tibial e correção do alinhamento. Para pacientes que apresentem inclinação lateral patelar com sinais clínicos e radiológicos de hiperpressão lateral é indicado a realização do release retinacular lateral. Existem múltiplas técnicas que podem ser aplicadas para a reconstrução do ligamento patelofemoral medial descritas com uso de fixação patelar e femoral podendo ser usados âncoras, buttons e parafusos para tais condições. A associação de osteotomia da tuberosidade anterior da tibia é procedimento frequentemente realizado em concomitância a reconstrução do ligamento patelofemoral em decorrência da altura patelar e da distância da Tuberosidade Anterior da Tibia (TA) ao Sulco Troclear (GT). Em situações de displasias troclerares relevantes pode ser necessário associar o procedimento de trocleoplastia. Em pacientes que apresentam desvios rotacionais no eixo femoral e/ou tibial acentuados pode ser proposto os procedimentos de osteotomias derrotativas ósseas a fim de corrigir as deformidades axiais. Desvios angulares do membro acometido pode ser necessário ser submetido a correção com osteotomias. O ponto anatômico da reconstrução do LPPM pode ser determinado por parâmetros radioscópicos intraoperatorio.		
CIDs do Procedimento	S83.0 M22.2 M22.4 M24.9		
Indicação	Pacientes que apresentam instabilidade sintomática da articulação patelofemoral com sinal clínico de apreensão positivo e/ou tenham apresentado luxação ou subluxação patelofemoral. Para pacientes que apresentem inclinação lateral da patela com sinais clínicos e radiológicos de hiperpressão lateral é indicado a realização do release retinacular lateral.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Pacientes que apresentem condições clínicas que impeça a realização da cirurgia		
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Arthro-Ressonância, Arthro-Tomografia, Protocolo de Lyon (TC quadril, joelho e tornozelo), Radiografia panorâmica de membros inferiores		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte	
3.07.33.10-3	Instabilidade femoro-patelar, release lateral da patela, retencionamento, reforço ou reconstrução do ligamento patelo-femoral medial	10C	
3.07.33.08-1	Fratura com redução e/ou estabilização da superfície articular - um compartimento	9C	
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A	
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ¹	4C	
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B	
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B	
OPMEs	Descrição	Quantidade	
	KIT ARTROSCOPIA JOELHO (COMPOSTO POR: 01 LÂMINA SHAVER, 01 EQUIPO ARTROBOMBA COM CONTROLE PRESSÓRICO, 01 CAPA PARA ARTROSCÓPIO)	1	
	ELETROCAUTÉRIO ARTICULAR PARA ABLAÇÃO TÉRMICA	1	
	FIXAÇÃO PATELAR (ÂNCORA, PARAFUSO)	1	
	FIXAÇÃO FEMORAL (ÂNCORA, PARAFUSO)	1	
	PARAFUSO CORTICAL OU CANULADO PARA OSTEOTOMIA DA TUBEROSIDADE TIBIAL	2	
	LÂMINA DE SERRA	1	
	PARAFUSO PARA COMPRESSÃO OSTEOCONDAL (TROCLOPLASTIA) OU ÂNCORAS	2	
	DRILL PARA TROCLOPLASTIA	1	
	HASTE OU PLACA FEMORAL E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO = 10	1	
	HASTE OU PLACA TIBIAL E PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO = 10	1	
	PARAFUSOS CORTICAIS OU ESPONJOSOS	2	
	ARRUELAS	2	
☒ Internação	UTI dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Reabilitação fisioterápica com seguimento de 24 semanas		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si		

Nome do procedimento	5.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PERIPROTÉTICA - SEM COMPROMETIMENTO DO IMPLANTE	
Descrição do procedimento	As fraturas periprotéticas podem ser tratadas com osteossíntese quando NÃO existir comprometimento da fixação do implante e substância e qualidade óssea satisfatória para a osteossíntese tanto no compartimento femoral, tibial ou patelar. Neste contexto a osteossíntese poderá ser realizada com placas e parafusos ou com hastes intramedulares.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fraturas no nível do joelho associada a implantes de artroplastia	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Artro-Ressonância, Artro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores, Radiografia de Joelho	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	PLACA DE FIXAÇÃO FEMORAL DISTAL	1
	PARAFUSOS	10
	PLACA DE FIXAÇÃO TIBIAL PROXIMAL	1
	PARAFUSOS	10
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	2
	FIO DE CERCLAGEM MALEAVEL P/ FRATURAS EM ACO	2
	HASTE INTRA MEDULAR	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIOS DE HASTE	4
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 18 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PERIPROTÉTICA - COM COMPROMETIMENTO DO IMPLANTE	
Descrição do procedimento	As fraturas periprotéticas associadas a soldura dos implantes necessitam potencialmente de revisão de artroplastia. Nesta situação, a depender da perda óssea presente, implantes constrictos e até mesmo não convencionais (popularmente chamadas de megaprotéses, próteses de tumor) podem ser necessários para suprir as falhas ósseas decorrentes da fratura. Neste contexto, a depender da fratura e comprometimento ósseo, o cirurgião deve ter a disposição cirúrgica implantes que permitam maiores customizações articulares para suprir defeitos ósseos (cunhas, cones, modulações metadiáfisárias) assim como materiais de osteossínteses. Sendo assim, diante deste quadro, técnicas que variam desde osteossíntese a fim de consolidar a fratura para uma revisão do implantes secundariamente assim como a utilização de artroplastias constrictas e até mesmo não convencionais podem ser pertinentes.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	As fraturas periprotéticas associadas a soldura dos implantes necessitam potencialmente de revisão de artroplastia. Nesta situação, a depender da perda óssea presente, implantes constrictos e até mesmo não convencionais (popularmente chamadas de megaprotéses, próteses de tumor) podem ser necessários para suprir as falhas ósseas decorrentes da fratura.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame clínico; Ressonância Magnética; Arto-Ressonância, Arto-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores, Radiografia de Joelho	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.12-3	Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur distal, não articular	10A
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	IMPLANTES DESCRITOS NAS TABELAS DE REVISÃO DE ARTROPLASTIA COMPLEXA E/OU REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE JOELHO - COM PERDA ÓSSEA METAEPIFISÁRIA	Conforme tabela
	IMPLANTES DESCRITOS NA TABELA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PERIPROTÉTICA - SEM COMPROMETIMENTO DO IMPLANTE	Conforme Tabela
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 24 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	5.19 — ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - PRIMÁRIA	
Descrição do procedimento	A artroplastia de joelho, também conhecida como artroplastia total do joelho (ATJ) é um procedimento cirúrgico destinado a restaurar a função articular do joelho em pacientes que sofrem de dor intensa e incapacidade devido a doenças articulares, como a osteoartrite ou artrite reumatoide. O procedimento realizado com a colocação de um implante femoral, um implante tibial, um insert de polietileno e um componente patelar para a substituição funcional da articulação do joelho. Esta cirurgia pode ser realizada com implantes preservando, suplementando ou substituindo o ligamento cruzado posterior. Os polietilenos podem ser de base fixa ou rotatória. Vale-se descrever que este procedimento pode ser associado a utilização de tecnologia assistida por computação (navegação) ou por auxílio de automação (robótica). Em pacientes que apresentem associação de doença sinovial crônica, a sinovectomia pode estar indicada. A infiltração articular e extra-articular ao término da cirurgia é procedimento rotineiro para a contribuição para a analgesia pós operatória	
CIDs do Procedimento	M17.0	
Indicação	O procedimento realizado para o tratamento das disfunções e dores articulares associado a lesões degenerativas do joelho sem prognóstico favorável ou falha do tratamento conservador. Pacientes com dor intensa e limitação funcional devido à degeneração da cartilagem. Pacientes com inflamação crônica da articulação que não respondem ao tratamento conservador. Pacientes com desvio do alinhamento do joelho (valgo ou varo) que causam dor e deformidade funcional. Fraturas complexas do joelho que não podem ser tratadas de forma conservadora.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico	10B
3.07.33.01-4	Sinovectomia total¹	9C
3.07.33.02-2	Sinovectomia parcial ou subtotal¹	8C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE FEMORAL	1
	COMPONENTE TIBIAL	1
	INSERT ARTICULAR DE POLIETILENO	1
	COMPONENTE PATELAR	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	LAVAGEM PULSÁTIL	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO	2
	DRENO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	6 a 12 meses de seguimento	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do procedimento	5.20 — ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - PRIMÁRIA COMPLEXA	
Descrição do procedimento	A artroplastia de joelho, também conhecida como artroplastia total do joelho (ATJ) é um procedimento cirúrgico destinado a restaurar a função articular do joelho em pacientes que sofrem de dor intensa e incapacidade devido a doenças articulares, como a osteoartrite ou artrite reumatoide. Dependendo da complexidade da deformidade, pode ser necessário realizar osteotomias para reposicionar os ossos e estabilizar a articulação, além da utilização de componentes de próteses de revisão que compensam a deformidade, exemplos em joelhos que apresentam deformidades articulares relevantes, defeitos ósseos, osteoporose ou insuficiência ligamentar moderada ou severa. Podem ser necessários suplementar os implantes com maiores constrictões e modulações de cunhas e/ou hastes a fim de suprirem as carências biomecânicas do joelho e permitir melhor distribuição de carga e estabilidade articular. O procedimento realizado com a colocação de um implante femoral, um implante tibial, um insert de polietileno e um componente patelar para a substituição funcional da articulação do joelho. Neste contexto, o uso de cunhas, hastes intramedulares, cones metafisários, polietilenos de constrictão condilar ou em dobradiça (hinge) podem estar indicados nestas condições. Em pacientes que se apresentam com deformidades epifisárias é necessário a utilização de offset diafisário para a acomodação anatômica das hastes intramedulares. Vale-se descrever que este procedimento pode ser associado a utilização de tecnologia assistida por computação (navegação) ou por auxílio de automação (robótica). Em pacientes que apresentem associação de doença sinovial crônica, a sinovectomia pode estar indicada. A infiltração articular e extra-articular ao término da cirurgia é procedimento rotineiro para a contribuição para a analgesia pós operatória. Pode ser necessário a utilização de radioscopia intra operatória para avaliar o posicionamento das hastes intramedulares.	
CIDs do Procedimento	M17.0	
Indicação	Joelhos que apresentam deformidades articulares relevantes, defeitos ósseos, osteoporose e/ou insuficiência ligamentar moderada ou severa.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Porte	
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico	
3.07.33.01-4	Sinovectomia total ¹	
3.07.33.02-2	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	
OPMEs	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR	1
	COMPONENTE TIBIAL MODULAR	1
	CUNHAS FEMORAIS DISTAIS	2
	CUNHAS FEMORAIS POSTERIORES	2
	HASTE FEMORAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO FEMORAL	1
	CUNHAS TIBIAIS	2
	HASTE TIBIAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO TIBIAL	1
	POLIETILENO CONSTRICTO (CONDILAR OU DOBRADIÇA)	1
	COMPONENTE PATELAR	1
	OFFSET FEMORAL	1
	OFFSET TIBIAL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	DRENO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Procedimentos excludentes entre si	

Nome do procedimento	5.21 — ARTROPLASTIA DO JOELHO INFECTADA - TEMPO ÚNICO	
Descrição do procedimento	A revisão de prótese infectada em um tempo único é uma abordagem cirúrgica para tratar a infecção e substituir a prótese em uma única etapa, eliminando a infecção e restaurando a função articular em um único procedimento. Essa técnica é indicada em situações específicas e requer planejamento detalhado. Infecções em artroplastia podem ser manipuladas em revisões em um único tempo (geralmente associada a identificação do germe patogênico e sendo o mesmo de baixa virulência). Em joelhos que apresentam deformidades articulares relevantes, defeitos ósseos, osteoporose ou insuficiência ligamentar moderada ou severa pode ser necessário suplementar os implantes com maiores constrictões e modulações de cunhas e/ou hastes a fim de suprirem as carências biomecânicas do joelho e permitir melhor distribuição de carga e estabilidade articular. Neste contexto, o uso de cunhas, hastes intramedulares, cones metafisários, polietilenos de constrictão condilar ou em dobradiça (hinge) podem estar indicados nestas condições. Em pacientes que se apresentam com deformidades epifisárias é necessário a utilização de offset diafisário para a acomodação anatômica das hastes intramedulares. Vale-se descrever que este procedimento pode ser associado a utilização de tecnologia assistida por computação (navegação) ou por auxílio de automação (robótica). Em pacientes que apresentem associação de doença sinovial crônica, a sinovectomia pode estar indicada. A infiltração articular e extra-articular ao término da cirurgia é procedimento rotineiro para a contribuição para a analgesia pós operatória. É amplamente recomendado que sejam encaminhados materiais de tecidos articulares para análise histopatológica/cultura a fim de corroborar com o diagnóstico infeccioso e identificação do agente patológico.	
CIDs do Procedimento	M86.0 M00.9	
Indicação	Presença de dor e sinais clínicos inflamatórios/infecciosos em joelho pós artroplastia.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, Punção Articular	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico	9C
3.07.33.01-4	Sinovectomia total	9C
3.07.26.05-0	Biópsia cirúrgica de joelho	3C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR	1
	COMPONENTE TIBIAL MODULAR	1
	CUNHAS FEMORAIS DISTAIS	2
	CUNHAS FEMORAIS POSTERIORES	2
	HASTE FEMORAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO FEMORAL	1
	CUNHAS TIBIAIS	2
	HASTE TIBIAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO TIBIAL	1
	POLIETILENO CONSTRICTO (CONDILAR OU DOBRADIÇA)	1
	COMPONENTE PATELAR	1
	OFFSET FEMORAL	1
	OFFSET TIBIAL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	DRENO	1
	CIMENTO COM ANTIBIÓTICO	2
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.22 — ARTROPLASTIA DO JOELHO INFECTADA - DOIS TEMPOS	
Descrição do procedimento	Infecções em artroplastia podem ser manipuladas em revisões em um único tempo (geralmente associada a identificação do germe patogênico e sendo o mesmo de baixa virulência) ou em dois tempos, ou seja, realizado com a retirada do implante e colocação do espaçador articular a fim de evitar o encurtamento do espaço articular e posterior implantação dos componente definitivos após o tratamento infeccioso. O primeiro tempo da revisão em dois tempos de uma artroplastia do joelho infectada é um procedimento crítico no manejo da infecção periprotética. Envolve a retirada da prótese infectada, desbridamento extensivo, instalação de um espaçador de cimento com antibiótico e coleta de material para diagnóstico microbiológico. Sendo assim, a revisão em dois tempos pode ser realizada com amplo desbridamento cirúrgico e sinovectomia total, associado a colocação de espaçadores de cimento articulares pré moldados assim como a utilização de cimento com antibióticos para a moldagem intra operatória pelo cirurgião. É amplamente recomendado que sejam encaminhados materiais de tecidos articulares para análise histopatológica/cultura a fim de corroborar com o diagnóstico infeccioso e identificação do agente patológico.	
CIDs do Procedimento	M86.0 M00.9	
Indicação	Presença de dor e sinais clínicos inflamatórios/infecciosos em joelho pós artroplastia.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico	9C
3.07.33.01-4	Sinovectomia total	9C
3.07.26.05-0	Biópsia cirúrgica de joelho	3C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	ESPAÇADOR DE CIMENTO FEMORAL COM ANTIBIÓTICO	1
	ESPAÇADOR DE CIMENTO TIBIAL COM ANTIBIÓTICO	1
	CIMENTO ÓSSEO COM ANTIBIÓTICO	5
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	FIOS DE KIRSCHNER	2
	LÂMINA DE SERRA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.23 — REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE JOELHO POR INFECÇÃO AGUDA - DESBRIDAMENTO ARTICULAR E RETENÇÃO DO IMPLANTE	
Descrição do procedimento	O tratamento da infecção aguda na artroplastia total do joelho (infecção precoce, geralmente dentro de 4 semanas após a cirurgia ou de origem hematogênica) com desbridamento e retenção do implante é uma abordagem conservadora e eficaz em situações selecionadas. Inclui o desbridamento do tecido infectado, troca do componente de polietileno (quando aplicável) e antibioticoterapia sistêmica. Infecções agudas nas primeiras semanas seguidas das artroplastias podem ser manipuladas com amplo desbridamento articular e sinovectomia associado a troca do polietileno e manutenção dos componentes femoral e tibial. É amplamente recomendado que sejam encaminhados materiais de tecidos articulares para análise histopatológica/cultura a fim de corroborar com o diagnóstico infeccioso e identificação do agente patológico.	
CIDs do Procedimento	M86.0 M00.9	
Indicação	Presença de dor e sinais clínicos inflamatórios/infecciosos em joelho pós artroplastia.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, Punção Articular	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico	9C
3.07.33.01-4	Sinovectomia total	9C
3.07.26.05-0	Biópsia cirúrgica de joelho	3C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	POLIETILENO	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	5.24 — REVISÃO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - ASSÉPTICA	
Descrição do procedimento	A revisão de artroplastia total do joelho (RATJ) é um procedimento cirúrgico realizado para corrigir falhas ou complicações em uma artroplastia primária de joelho. Isso inclui desgaste dos componentes, soltura, infecção, instabilidade ou dor persistente incapacitante. Trata-se de uma cirurgia mais complexa do que a artroplastia inicial, que exige planejamento detalhado e a utilização de implantes específicos. O procedimento consiste na retirada do implante prévio e na instalação de um implante femoral, um implante tibial, um insert de polietileno e um componente patelar para a substituição funcional da articulação do joelho. Associado a retirada do implante primário está carregada a perda óssea e a presença de osso de menor qualidade biomecânica necessitando assim suplementação de modulação de implantes que contemplem maior estabilidade e distribuição de carga metafisária e/ou diafisária a depender da individualidade de cada caso. Em joelhos que apresentam deformidades articulares relevantes, defeitos ósseos, osteoporose ou insuficiência ligamentar moderada ou severa. Podem ser necessários suplementar os implantes com maiores constrictões e modulações de cunhas e/ou hastes a fim de suprirem as carências biomecânicas do joelho e permitir melhor distribuição de carga e estabilidade articular. Neste contexto, o uso de cunhas, hastes intramedulares, cones metafisários, sleeves, polietilenos de constrictão condilar ou em dobradiça (hinge) podem estar indicados nestas condições. Em pacientes que se apresentam com deformidades epifisárias é necessário a utilização de offset diafisário para a acomodação antômica das hastes intramedulares. Vale-se descrever que este procedimento pode ser associado a utilização de tecnologia assistida por computação (navegação) ou por auxílio de automação (robótica). Em pacientes que apresentem associação de doença sinovial crônica, a sinovectomia pode estar indicada. A infiltração articular e extra-articular ao término da cirurgia é procedimento rotineiro para a contribuição para a analgesia pós operatória. Nos procedimentos de revisões de artroplastia é oportuno o encaminhamento de tecido sinovial para análise histopatológica e cultura a fim de avaliar potencial processo infeccioso subclínico.	
CIDs do Procedimento	T84.4	
Indicação	Presença de soltura ou fadiga do implante associada a dor e disfunção articular: 1. Infecção periprotética: Infecção confirmada por exames laboratoriais (PCR, VHS, culturas) e critérios clínicos (presença de fistula, secreção purulenta, febre). 2. Falha mecânica: Soltura dos componentes, detectada em exames de imagem ou clínica de dor mecânica incapacitante. 3. Desgaste do polietileno: Identificado por exames radiológicos com sinais de afrouxamento ou desgaste excessivo do material. 4. Instabilidade articular: Diagnóstico confirmado por exame físico e estudos de imagem (raio-X ou tomografia). 5. Dor persistente incapacitante: Sem resposta ao tratamento conservador, com etiologia identificada como relacionada à prótese.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico. Exames laboratoriais: • Hemograma completo. • Proteína C-reativa (PCR) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS). • Cultura de líquido sinovial (se indicada). Exames de imagem: • Radiografia simples (AP, perfil e incidências específicas). • Tomografia computadorizada (para planejamento em casos complexos de soltura ou desgaste ósseo). • Cintilografia óssea (se infecção crônica for suspeitada). • Ressonância magnética (para avaliação de tecidos moles e extensão de complicações). • Ultrassonografia (quando necessário para aspiração guiada).	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico	9C
3.07.33.01-4	Sinovectomia total ¹	9C
3.07.33.02-2	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	8C
3.07.26.05-0	Biópsia cirúrgica de joelho	3C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR	1
	COMPONENTE TIBIAL MODULAR	1
	CUNHAS FEMORAIS DISTAIS	2
	CUNHAS FEMORAIS POSTERIORES	2
	HASTE FEMORAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO FEMORAL	1
	CUNHAS TIBIAIS	2
	HASTE TIBIAL INTRAMEDULAR	1

OPMEs	CONE METAFISÁRIO TIBIAL	1
	POLIETILENO CONSTRICTO (CONDILAR OU DOBRADIÇA)	1
	COMPONENTE PATELAR	1
	OFFSET FEMORAL	1
	OFFSET TIBIAL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	DRENO	1
	CIMENTO COM ANTIBIÓTICO	2
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
☒ Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do procedimento	5.25 — REVISÃO DE ARTROPLASTIA DE JOELHO - COM PERDA ÓSSEA METAEPIFISÁRIA	
Descrição do procedimento	A revisão de artroplastia do joelho em casos de perda óssea metafisária significativa é um procedimento altamente complexo que exige planejamento detalhado, o uso de técnicas específicas de reconstrução óssea e a escolha de implantes apropriados. O procedimento realizado com a retirada do implante prévio e seguido de colocação de um implante femoral, um implante tibial, um insert de polietileno e um componente patelar além de modulações metadiafisárias para a substituição funcional da articulação do joelho. Associado a retirada do implante prévio ou espaçador de cimento na presença de perda óssea epifisária e metafisária se faz necessário a utilização de próteses não convencionais (modelo estes geralmente associados a perdas ósseas relevantes a exemplo de tumores). Estes tipos de implantes são coloquialmente chamados de mega próteses ou "próteses de tumor". Estas próteses possuem a capacidade de acoplação de modulações capazes de suprir defeitos metadiafisários além de constrição articular para suprir a insuficiência ligamentar. Em pacientes que apresentem associação de doença sinovial crônica, a sinovectomia pode estar indicada. A infiltração articular e extra-articular ao término da cirurgia é procedimento rotineiro para a contribuição para a analgesia pós operatória. Nos procedimentos de revisões de artroplastia é oportuno o encaminhamento de tecido sinovial para análise histopatológica e cultura a fim de avaliar potencial processo infeccioso subclínico.	
CIDs do Procedimento	T84.4	
Indicação	Presença de soltura ou fadiga do implante associada a dor e disfunção articular	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção	
Exames da Indicação	Exame Clínico, Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM		Porte
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico	9C
3.07.33.01-4	Sinovectomia total ¹	9C
3.07.33.02-2	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	8C
3.07.26.05-0	Biópsia cirúrgica de joelho	3C
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR	1
	COMPONENTE TIBIAL MODULAR	1
	CUNHAS FEMORAIS DISTAIS	2
	CUNHAS FEMORAIS POSTERIORES	2
	HASTE FEMORAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO FEMORAL	1
	CUNHAS TIBIAIS	2
	HASTE TIBIAL INTRAMEDULAR	1
	CONE METAFISÁRIO TIBIAL	1
	POLIETILENO CONSTRICTO	1
	COMPONENTE PATELAR	1
	OFFSET FEMORAL	1
	OFFSET TIBIAL	1
	ASPIRADOR COM FILTRO	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	LAVADOR PULSÁTIL	1
	DRENO	1
	MODULAÇÕES METADIAFISÁRIAS FEMORAIS E TIBIAIS ^A	
	CIMENTO COM ANTIBIÓTICO	2
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si	
	OPMEs	
	(A) Em caso de necessidade para manter o comprimento do membro inferior	

Nome do procedimento	5.26 — RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E IMPLANTES AO NÍVEL DO JOELHO		
Descrição do procedimento	Retirada de placas, pinos, fios, parafusos, âncoras, grampos, implantes articulares.		
CIDs do Procedimento	T84.0 T84.1 T84.2 T84.3 T84.4 T84.5 T84.6 T84.7 T84.8 T84.9		
Indicação	Materiais de síntese que dificultam novas intervenções cirúrgicas, infecções, dispositivos sintomáticos e comprometendo estruturas adjacentes		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação			
Exames da Indicação	Exame clínico, Ressonância Magnética, Artro-Ressonância, Artro-Tomografia, Radiografia Panorâmica de membros inferiores, Radiografia de joelho		
Códigos CBHPM		Porte	
3.07.10.02-2	Retirada de fios ou pinos metálicos intra-ósseos	3C	
3.07.10.01-4	Fios ou pinos metálicos transósseos	4A	
3.07.10.03-0	Placas	7A	
3.07.10.04-9	Próteses de substituição de pequenas articulações	8A	
3.07.10.05-7	Retirada de fixador externo linear	4A	
3.07.10.07-3	Retirada de fixador externo circular	5A	
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B	
OPMEs		Quantidade	
	MATERIAIS E INSTRUMENTAIS DOS FABRICANTES DOS IMPLANTES		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários			

6 – CIRURGIA DO PÉ (ABTPÉ)

Nome do Procedimento	6.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
Descrição do procedimento	As fraturas do pilão tibial são lesões com potencial gravidade, em especial por traumas de alta energia onde se apresenta com cominuição e afundamento articular e potencial para degeneração articular e artrose. O tratamento deve incluir uma redução articular anatômica e um alinhamento do eixo satisfatório. Após a avaliação inicial da fratura e do envelope de partes moles o tratamento pode se iniciar com o uso de um fixador externo para controle de danos locais e em algumas situações um curativo especial com pressão negativa. Após estabelecida as condições de pele para o tratamento definitivo uma avaliação com tomografia é realizada para determinar a estratégia cirúrgica que inclui a restauração do comprimento e rotação da fíbula, tratamento da lesão da sindesmose se houver, redução da superfície articular e fixação temporária com fios de kirshner e fixação das colunas envolvidas no trauma para garantir a estabilidade no pós operatório. No acesso anterior, a artéria tibial anterior, tendão tibial anterior e nervo fibular superficial são explorados e isolados, no acesso postero medial o nervo tibial posterior e o tendão tibial posterior são protegidos e isolados e no acesso lateral e ou postero-lateral os tendões fibulares e nervo sural são explorados e isolados. A artroscopia do tornozelo pode ser utilizada para auxiliar na redução da fratura com visão articular (video-assistencia) nos casos onde a utilização de acessos menos invasivos é possível. Os casos de grande falha óssea costumam ser preenchidos com enxerto ósseo autólogo e/ou inorgânico. Lesões de pele com exposição óssea deve ser coberta com retalhos locais ou a distância (fix and flap).	
CIDs do Procedimento	S82.3 S82.6 S82.5	
Indicação	Tratamento das fratura do terço distal da tibia e fíbula, intra e extra articulares, associadas ou não com cominuição	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Inviabilidade do envelope de partes moles, infecção do sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografia do tornozelo e pé, Tomografia Computadorizada do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.22-3	Tratamento cirúrgico das fraturas do pilão tibial	11C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ¹	5B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso ¹	10A
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo	8A
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.34.06-1	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ²	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ²	9A
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ²	9B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ²	9A
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5MM, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPICO)	1
	PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA DISTAL (ANTERO - MEDIAL)	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 3,5	24
	PARAFUSOS CORTICAIS 3,5	12
	PLACA BLOQUEADA PARA PILAO TIBIAL EM TITÂNIO (EL "L"OU "T")	1
	PLACA PARA MALEOLO POSTERIOR EM TITÂNIO	1
	PLACA ANATÔMICA PARA FIBULA DISTAL EM TITÂNIO	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS EM TITÂNIO 2.7	6
	PLACA 1/3 TUBULAR	1
	PARAFUSOS CANULADOS 2.0/3.0/4.0 ROSCA TOTAL SEM CABEÇA EM TITÂNIO	5
	PARAFUSO CANULADO 3,5/ 4.0 ROSCA PARCIAL	3
	ARRUELA LISA	3
	ANCORA MONTADA 3,5 EM TITÂNIO, COM AGULHA	2
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO	1
	SISTEMA PARA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA	2
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10 GR	1
	PLACA RETA DE MINI FRAGMENTO 2.4 - 2.8	2
	PARAFUSOS 2.4 - 2.8	8

☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por pelo menos 12 meses. A fratura de pilão tem um segmento longo por conta de suas complicações potenciais.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado pelo número de tendões e nervos envolvidos no acesso. (²) Dependendo do tipo de retalho necessário utilizar-se-a um dos códigos indicados	

Nome do Procedimento	6.2 — OSTEOTOMIA DO TORNOZELO	
Descrição do procedimento	As deformidades do tornozelo podem ocorrer de forma congênita ou como sequelas de trauma, promovendo alterações do eixo da articulação e deformidade que são corrigidas de acordo com quadro estabelecido. Para correção de uma deformidade do tornozelo ou tibia distal, é realizado um acesso anterior a tibia distal, isolamento do nervo fibular superficial, tendão tibial anterior e extensor longo dos dedos, com a utilização de uma serra é realizada a osteotomia com ou sem cunhas de adição ou subtração, osteotomia fibular pode ser necessária sendo feito acesso lateral a fibula, marcado o foco da osteotomia e posteriormente a osteotomia é realizada.	
CIDs do Procedimento	M21.0 M21.1 M21.2 M21.9	
Indicação	Deformidade congênita e adquirida dos membros inferiores	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Ausência de condições de pele, comorbidades do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia panorâmica de membros inferiores, Radiografia da perna, Radiografia do tornozelo, Tomografia Computadorizada da perna	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.27.21-9	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DS TIBIA (COM E SEM DEGRAU)	1
	PARAFUSOS CORTICAIS	6
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO	6
	PARAFUSOS CANULADOS, 4.5 E 7.0	3
	PLACA ANATÔMICA DE FIBULA	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS	7
	PARAFUSOS CORTICAIS	2
	ENDOBOTON PARA SINDESMOSE	2
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR TIPO ILIZAROV. (ANEIS, SEMI ANEIS, FIOS LISOS E FIOS OLIVADOS, EXTENSÕES E CONECTORES)	1
	FIOS DE STEINAMANN 2.0 OU 2.5	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno a atividades físicas e desportivas.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	6.3 — ARTROPLASTIA TOTAL DO TORNOZELO	
Descrição do procedimento	A artroplastia do tornozelo é um procedimento realizado para tratar a artrose de tornozelo em suas várias etiologias ou revisar uma prótese primária após a sua falha. Um acesso anterior no tornozelo com exploração e afastamento do tendão tibial anterior e do nervo fibular superficial seguido de ressecção de osteófitos com uso da serra se realiza as osteotomias para ressecção da superfície articular e implantação dos componentes da prótese.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M19.2	
Indicação	Artrose do tornozelo, primária, pós traumática ou secundária	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Osteomielite da tibia distal e tálus, envelope de partes moles comprometido, comorbidades do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia, Cintilografia Óssea, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.05-3	Artroplastia de tornozelo (com implante) - tratamento cirúrgico	13C
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	COMPONENTE TIBIAL DA PRÓTESE DE TORNOZELO	1
	COMPONENTE TALAR DA PRÓTESES	1
	PLATEAU DA PRÓTESE DE TORNOZELO	1
	PINOS DE 2.4mm	14
	CIMENTO ÓSSEO	1
	LÂMINA DE SERRA RECÍPROCANTE	1
	LÂMINA DE SERRA SAGITAL	2
	COMPONENTES TIBIAIS MODULARES (TOPO, INTERMEDIÁRIO E BASE)	6
	BASE TIBIAL MODULAR (PADRÃO OU LONGA)	1
	COMPONENTE DO DOMUS TALAR	1
	HASTE TALAR	1
	POLY	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno a atividades físicas e desportivas.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	6.4 — ARTRODESE DE TORNOZELO	
Descrição do procedimento	O procedimento visa fundir a articulação do tornozelo em uma posição funcional, com cessação da dor e incapacidade causada pela dor e em algumas situações correção das deformidades. O procedimento é realizado com um acesso principal (anterior ou lateral, posterior, medial e artroscópico), acessos secundários podem ser realizados dependendo do tipo de deformidade e da técnica aplicada (placa, hastes e parafusos canulados cruzados, artroscopia) nos acessos a realização de tenólise do tibial anterior, tibial posterior e fibulares se faz necessário assim como a exploração e isolamento dos nervos sural, safeno e fibular superficial para evitar a formação de neuromas e lesões definitivas do nervo. A utilização de enxerto ósseo autólogo e/ou inorgânico é frequente neste procedimento. Nos casos de infecção e deformidade severas o emprego dos fixadores externos faz parte do arsenal terapêutico.	
CIDs do Procedimento	M19.0 M19.1 M21.6 M19.2 M19.8 M19.9	
Indicação	Artrose primária, secundária, pós traumática ou pós infecciosa do tornozelo	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Falta de condições do envelope de partes moles	
Exames da Indicação	Radiografia do tornozelo, Tomografia Computadorizada do tornozelo, Radiografia panorâmica dos membros inferiores, Ressonância Magnética do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.04-5	Artrodese ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	10C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.34.04-5	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e ou plastia (enxertia)	10C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	PARAFUSOS CANULADOS EM TITÂNIO 6,5 OU 7.0	4
	PLACA PARA ARTRODESE DO TORNOZELO - PARAFUSOS (10)	4
	PARAFUSOS CANULADOS ROSCA TOTAL EM TITÂNIO 6,5 OU 7,0 SEM CABEÇA	4
	HASTE RETROGRADA TÍBIO - TALO - CALCANEANA COM COMPRESSÃO DO FOCO, EM TITÂNIO E PARAFUSOS DE BLOQUEIO + TAMPÃO	1
	FIXADOR EXTERNO MONORAIL PARA COMPRESSÃO DO FOCO E TRANSPORTE - FIOS DE STEINAMANN	1
	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO ^A	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR ^A	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10 GR	1
	LÂMINA DE SHAVER PARA ARTRODESE ARTROSCÓPICA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Paciente é acompanhado até a consolidação da artrodeses que demora de 4 a 6 meses, podendo se estender em casos de retardo de consolidação	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A artrodese do tornozelo é um procedimento utilizado para casos em que os procedimentos preservadores falharam e a fusão articular torna - se a melhor escolha. A presença de perda óssea e deformidades são sempre avaliadas antes da decisão sobre a técnica e o método de fixação. OPMEs ^(A) Materiais excludentes entre si.	

Nome do Procedimento	6.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO	
Descrição do procedimento	O tratamento de fratura do tornozelo depende do tipo, da gravidade e do local exato da fratura, além de fatores como a idade e o nível de atividade do paciente. As fraturas no tornozelo podem envolver um ou mais ossos: a fíbula, a tíbia e o tálus, e são classificadas em fraturas simples ou complexas, estáveis ou instáveis. Inicialmente realizamos o acesso com o paciente em decubito lateral ou prono para o maleolo posterior, realizamos a neulise do nervo sural logo após o acesso da pele e em seguida identificamos os tendões fibulares e o tendão calcâneo, o acesso é realizado neste corredor, reduzido a fratura. Colocamos a fixação com parafusos ou placa para maleolo posterior e em seguida realizamos a abordagem do maleolo lateral que pode ser feito em outra via ou pela mesma via. Realizamos a fixação do maleolo lateral com placas e parafusos que devido ao tipo e característica da fratura pode ser feito com placa 1/3 tubular, placa anatômica bloqueada de tornozelo, placa gancho (hook) ou haste fibular. Nos casos de fraturas cominutivas e em osso osteoporóticos o uso de mais de uma placa pode ser necessário para se obter a redução e uma placa de minifragmentos pode ser acrescentada. Fixada a fratura posterior e lateral, modifica-se o decúbito do paciente para ter acesso aos tratamentos das lesões da sindesmose, lesões condrais articulares e tratamento do maleolo medial (fratura ou lesão ligamentar). Realiza-se os portais anteriores (medial e lateral) para artroscopia, realiza-se a sinovectomia artroscópica, confirma-se a lesão ligamentar da sindesmose e do deltoíde, realiza-se a remoção de corpos livres e fragmentos de cartilagem além da regularização da superfície condral (condroplastia), tratamento das lesões ligamentares (sindesmose e deltoíde), assistência artroscópica para redução e fixação do maleolo medial. Realiza-se fixação da fratura do maleolo medial através de acesso medial e dependendo das características da fratura podem ser utilizados placas 1/3 tubular de suporte, placas bloqueadas, placas gancho, parafusos com arruela, parafusos rosca total sem cabeça e em casos de osso osteoporótico ou cominuição óssea, a utilização de dupla placa com uso das placas de minifragmentos. No caso de perdas ósseas e cominuição, a utilização de enxerto ósseo (autólogo e/ou inorgânico).	
CIDs do Procedimento	S82.6 S82.5 S82.3	
Indicação	Fraturas do tornozelo unimaleolares, bimaléolares, trimaleolares e com lesão ligamentar associada e lesão condral associada	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente, vasculopatias e neuropatias graves	
Exames da Indicação	Radiografia do tornozelo e do pé, Tomografia Computadorizada do tornozelo e em casos especiais Ressonância Magnética do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo ¹	8A
3.07.28.21-5	Tratamento cirúrgico da fratura de dois maléolos e/ou luxações ao nível do tornozelo ¹	9A
3.07.28.20-7	Tratamento cirúrgico da fratura de três maléolos e/ou luxações ao nível do tornozelo ¹	10A
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico ²	8B
3.07.27.13-8	Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	9A
3.07.34.06-1	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.34.01-0	Sinovectomia total ¹	9C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal ¹	8C
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.34.03-7	Condroplastia (com remoção de corpos livres)	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B

OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)		1
	PLACA ANATÔMICA PARA FIBULA		1
	PLACA GANCHO (HOOK) PARA FIBULA		1
	PLACA GANCHO (HOOK) MEDIAL		1
	HASTE FIBULAR BLOQUEADA		1
	PLACA 1/3 TUBULAR		1
	PLACA 1/3 TUBULAR BLOQUEADA		1
	PARAFUSOS CORTICAIS 3,5		8
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 3,5		8
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 2,7		8
	PARAFUSOS CORTICAIS 2,7		8
	PLACA RETA 2,7 BLOQUEADA		1
	PLACA PARA MALEOLO POSTERIOR		1
	ENBOTON PARA SINDESMOSE		2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA		2
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA		2
	PARAFUSOS CHANFRADOS		3
	PARAFUSOS CANULADOS EM ROSCA TOTAL		3
	PARAFUSOS CANULADOS ROSCA PARCIAL		3
	PARAFUSOS CANULADOS SEM CABEÇA		3
	ARRUELAS		2
	FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início da marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno ao esporte.		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) Códigos excludentes entre si (2) Multiplicado pelo numero de ligamentos resconstruídos		

Nome do Procedimento	6.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	
Descrição do procedimento	A lesão ligamentar crônica do tornozelo ocorre quando os ligamentos que estabilizam essa articulação foram danificados de forma repetida ou inadequadamente tratados, resultando em instabilidade e dor persistentes. A cirurgia visa restaurar a estabilidade do tornozelo, reconstruindo ou reparando os ligamentos danificados, permitindo uma recuperação funcional e evitando futuras lesões. O procedimento é indicado para restaurar a estabilidade do tornozelo, aliviar sintomas complexos e corrigir alterações anatômicas associadas. As técnicas de reparo dos ligamentos do tornozelo pode ser realizada por via aberta ou artroscópica. De forma artroscópica o paciente sob anestesia, em decúbito dorsal, são realizados os portais artroscópicos anteriores (lateral e medial) e quando necessário portais acessórios. Realiza-se uma sinovectomia por via artroscópica, utilizando portais artroscópicos para remover tecidos sinoviais inflamados ou hipertrofiados, seguida de uma osteocondroplastia, remodelando superfícies ósseas irregulares, eliminando osteófitos ou corrigindo deformidades que comprometem a articulação. Para tratar sintomas neurais, como dor ou parestesia causada por aderências ou compressões, é realizada uma exploração cirúrgica do nervo fibular superficial para evitar neuromas do portal lateral, liberando os nervos envolvidos. O reparo dos ligamentos lesionados é então resolvido, utilizando técnicas como suturas e em alguns casos, suturas reforçadas com internal brace ou enxertos tendíneos. Nas abordagens abertas, inicialmente é realizada a artroscopia para inspeção da cavidade e sinovectomia e através de uma incisão na região afetada (lateral, medial e sindesmose), pode-se ter acesso aos tecidos comprometidos e as técnicas de fixação são semelhantes.	
CIDs do Procedimento	S93.0 S93.2 S93.4 M24.2 M24.3 M24.4	
Indicação	Lesão ligamentar medial e/ou lateral do tornozelo e lesão da sindesmose	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção de pele, falta de condições clínicas, neuropatia e vasculopatias graves	
Exames da Indicação	Radiografias do tornozelo, Tomografia Computadorizada do tornozelo, Ressonância Magnética do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.37.04-4	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e/ou plastia (enxertia)	10C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	5
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE POLIESTER TRANCADO NÃO ABSORVÍVEIS	2
	FITA PARA FIXAÇÃO	2
	PARAFUSOS DE BIOTENODESE	1
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA EM PEEK	1
	LÂMINA DE SHAVER 3.8 ou 4.0	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 5 a 8 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início da marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A lesão ligamentar do tornozelo de indicação cirúrgica pode envolver os ligamentos laterais (fíbulo - talar anterior, fíbulo calcaneano) e os mediais (deltóide, spring, mola) e a abordagem pode ser artroscópica e aberta. Dependendo da quantidade de ligamentos envolvidos, o OPME pode variar.	

Nome do Procedimento	6.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DOS TENDÕES FIBULARES	
Descrição do procedimento	A lesão dos tendões fibulares pode ocorrer de forma traumática ou associada a deformidade do eixo do tornozelo e retro-pé. A lesão pode acontecer de forma aguda ou insidiosa (mais comum), relacionada com a pratica de atividades físicas. Uma vez diagnosticada a lesão dos tendões fibulares é importante verificar a presença de lesões associadas como a deformidade em varo do retro-pé assim como e encurtamento do tendão calcâneo. A abordagem inicial da lesão dos tendões fibulares pode ser feita por tenoscopia dos fibulares, identificando a localização de extensão da lesão, após isso pode ser realizada uma incisão para tratamento da lesão sendo inicialmente explorado e isolado o nervo sural, em seguida se faz a tenoplastia (tiubulização), transposição (solidarização) ou uso de enxerto no tendão lesado, podendo se associar a osteotomia do calcâneo quando necessário.	
CIDs do Procedimento	M65.9 M66.5	
Indicação	Dor crônica no tornozelo, lesão dos tendões fibular curto e/ou fibular longo associado ou não a varo do retro-pé	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades graves do paciente, infecção de pele ativa.	
Exames da Indicação	Radiografias do pé, tornozelo e axial do calcâneo e Ressonância magnética do tornozelo e pé	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso¹	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO).	1
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DO CALCÂNEO + 5 PARAFUSOS	1
	PARAFUSOS CANULADOS 4.5 OU 6.5 OU 7.0	2
	FIO DE FORÇA	1
	FRESA SHANNON	1
	MINI ANCORA 2.7 OU 3.0	2
	LÂMINA PARA MICROSERRA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, inicio de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado duas vezes em caso de lesão de ambos os tendões.	

Nome do Procedimento	6.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DO TENDÃO CALCÂNEO (AQUILES)	
Descrição do procedimento	A cirurgia busca reparar o tendão rompido ou degenerado, restaurando a função e a força do tendão e especialmente a função e a mobilidade do tornozelo, em casos com retração significativa ou perda de tecido tendíneo. O tratamento pode ser realizado por diferentes técnicas, dependendo da extensão da lesão. Com o paciente em decúbito ventral, é feita uma incisão posterior longitudinal para expor o tendão lesionado. Inicia-se o procedimento com uma tenoplastia, realizando-se o reparo primário ou reforço do tendão calcâneo com enxertos tendíneos ou materiais sintéticos. Quando necessário, uma transposição de tendão, como o flexor longo do hálux com fixação através de parafusos de biotenodese (interferência) é utilizada para reforço adicional ou substituição do segmento perdido, restaurando a continuidade funcional. A utilização de técnicas que ancoram a sutura do tendão no calcâneo com âncoras também são pertinentes em associação com menores incisões com excelente relatos na literatura. Nos casos em que há deformidades ósseas associadas, realiza-se uma osteotomia, corrigindo alterações estruturais no calcâneo ou nos ossos adjacentes para melhorar o alinhamento biomecânico. No acesso para remoção do enxerto do flexor longo do hálux realizamos a tenólise no túnel osteofibroso de forma aberta e também por vídeo, assim como a fixação. Em todos os acessos o nervo sural é explorado e isolado para evitar a sua lesão bem como a formação de neuromas pós operatórios.	
CIDs do Procedimento	M66.5 M65.9 M66.4	
Indicação	Rotura aguda, crônica ou negligenciada do tendão	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Falta de condições da pele	
Exames da Indicação	Ultrassonografia, Radiografia e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.27-0	Rotura do tendão de Aquiles - tratamento cirúrgico	10C
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	4
	PASSADOR DE SUTURA (EASYPASS, SUTURELASSO OU SIMILAR)	1
	FIO INABSORVÍVEIS DE ALTA RESISTÊNCIA (FIOS DE FORÇA)	10
	FIO INABSORVÍVEIS DE ALTA RESISTÊNCIA (FIOS DE FORÇA) COM LOOP	4
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA EM PEEK OU SIMILAR NÃO METÁLICO	1
	PARAFUSO DE BIOTENODESE	1
	LÂMINA DE MICROSERRA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 9 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS O tratamento da lesão do tendão calcâneo pode ocorrer com a sutura direta dos cotos, de forma aberta ou percutânea e ainda pode ser feita com augmentation (enxerto ou transferência tendínea)	

Nome do Procedimento	6.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TÁLUS	
Descrição do procedimento	A cirurgia para o tratamento de fratura do tálus, um osso fundamental na articulação do tornozelo e responsável por suportar o peso entre a perna e o pé, é complexa e geralmente indicada em fraturas deslocadas, com comprometimento articular, visando restaurar a anatomia, estabilidade e função da articulação do tornozelo e retro pé. Sob anestesia geral ou regional, com o paciente em decúbito dorsal ou lateral, é realizada uma incisão para acesso as regiões afetadas (medial e lateral). Quando necessário, realiza-se uma osteotomia nos ossos adjacentes, como o maléolo medial ou lateral, para melhorar a exposição da fratura e permitir a redução precisa dos fragmentos ósseos. Nas fraturas cominutivas os fragmentos ósseos desvitalizados são ressecados. A fratura do tálus é então reduzida anatomicamente e incluída internamente com parafusos ou placas específicas, garantindo estabilidade e congruência articular. Em casos de perda óssea, o uso de enxerto ósseo pode ser necessário (autólogo ou inorgânico). Na realização do acesso medial o tendão tibial anterior e tibial posterior são explorados e protegidos durante os procedimentos de fixação por isso, realiza-se uma tenólise. No acesso lateral a exploração do nervo fibular superficial se faz necessário para proteção do mesmo, evitando a formação de neuromas e lesões definitivas.	
CIDs do Procedimento	S92.1 S92.0	
Indicação	Fratura do talus desviada >2mm	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Falta de condições do envelope de partes moles	
Exames da Indicação	Radiografia do tornozelo, Radiografia do pé, Tomografia do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.39-4	Tratamento cirúrgico das fraturas do tálus	11C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO ROSCA TOTAL 4.5 EM TITÂNIO SEM CABEÇA ^A	4
	PARAFUSO CANULADO ROSCA PARCIAL 3,5 EM TITÂNIO ^A	3
	ARRUELA LISA	3
	PLACA ANATÔMICA LATERAL PARA TALUS EM TITÂNIO - PARAFUSOS (05) ^A	1
	PLACA ANATÔMICA MEDIAL PARA TALUS EM TITÂNIO - PARAFUSOS (05) ^A	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5 GR	2
	PARAFUSO CANULADO ROSCA TOTAL EM TITÂNIO 2.0 ^A	3
	PARAFUSO CANULADO ROSCA TOTAL EM TITÂNIO 3.0 ^A	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses com Fisioterapia, Radiografia de controle, Tomografia para avaliar redução e consolidação e ressonância magnética para avaliar necrose do talus	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) A utilização do material de fixação em titânio é imperioso para melhor resultado da Ressonância Magnética nos caso de necrose avascular do talus no pós operatório. Fratura rara com gravidade variavel a depender da classificação de entrada e do desenvolvimento de necrose avascular.	

Nome do Procedimento	6.10 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO OSTEOCONDAL DO TÁLUS	
Descrição do procedimento	A lesão osteocondral do tálus é uma lesão da superfície articular do tálus, que pode ter sua etiologia no trauma e em alguns casos por deficiência da vascularização local. Dividida em zonas por Raikin, as lesões condrais modificam a sua abordagem de acordo com a localização (zona) e profundidade das lesões. Uma parte das lesões podem ser tratadas por via aberta, outras por via artroscópica e em muitas condições por via aberta e artroscópica. Nas abordagens por via aberta pode ser necessária a osteotomia do maleolo medial, com tenólise do tendão tibial posterior e neulise do nervo safeno, além de um acesso extra para retirada de um enxerto (chamado nesse caso de plug) para realização da mosaicoplastia e na via artroscópica ou aberta a utilização de membranas ou matriz de colágeno pode ser a melhor opção.	
CIDs do Procedimento	M93.8 S99.9 M87.9	
Indicação	Lesões da superfície articular do talus-osteonecrose ou trauma	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades sistêmicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.34.04-5	Osteocondroplastia - estabilização, ressecção e ou plastia (enxertia)	10C
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.28.16-9	Osteocondrite de tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.07.29.39-4	Tratamento cirúrgico das fraturas do tálus	11C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5MM, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPICO)	1
	KIT PARA MOSAICOPLASTIA (TREFINAS MILIMETRADAS PARA REMOÇÃO E INTRODUÇÃO DO PLUG)	1
	PARAFUSOS CANULADOS EM TITÂNIO SEM CABEÇA 2.0 OU 3.0 OU 4.0 ^A	5
	MICROSERRA SAGITAL	1
	MEMBRANA DE COLÁGENO	1
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2
	COLA DE FIBRINA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno ao esporte. Três ressonâncias magnéticas ao longo de um ano são realizadas para avaliar a integração do enxerto.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Parafusos em titânio sem cabeça são imprescindíveis tanto pela avaliação com Ressonância Magnética pós operatória como por ser uma lesão condral que necessita de um parafuso subcondral	

Nome do Procedimento	6.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COALIZÃO TARSAL	
Descrição do procedimento	Para o tratamento da coalizão tarsal também chamada de barra óssea, dependendo da localização da barra pode ser realizado um acesso medial (barra calcâneo-navicular) ou um acesso lateral (barra calcâneo navicular), no acesso medial há a exploração do tendão tibial posterior e flexor longo do halux no túnel osteo fibroso assim como a neurólise e isolamento do tibial posterior e seus ramos antes do início da remoção da barra. No acesso lateral a desinserção parcial do músculo extensor curto dos dedos é realizada e a interposição de tecidos moles no foco da remoção da barra pode ser feito. Nos casos de degeneração articular ou de diagnósticos tardios, a artrodeze no retropé, simples, dupla ou tripla, pode ser necessária.	
CIDs do Procedimento	Q66.6 Q66.9	
Indicação	Paciente com quadro de pé plano rígido e/ou doloroso, progressivo ou relacionado com a prática de esportes/atividade física	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia do Pé com carga e oblíquas, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética do Retropé	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.29.04-1	Artrodeze de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico ¹	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	LÂMINA PARA MICROSERRA	1
	PARAFUSO CANULADO 6,5 OU 7,0mm EM TITÂNIO SEM CABEÇA ROSCA TOTAL ^A	3
	PARAFUSO CANULADO 6,5 OU 7,0mm EM TITÂNIO ROSCA PARCIAL ^A	3
	PARAFUSO CANULADO 3,5 OU 4,0mm EM TITÂNIO SEM CABEÇA ROSCA TOTAL ^B	3
	PARAFUSO CANULADO 3,5 OU 4,0mm EM TITÂNIO ROSCA PARCIAL ^B	3
	ARRUELA LISA	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	UTI 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 até 10 semanas, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Multiplicado pelo número de artrodeses realizadas OPMEs ^(A) Materiais excludentes entre si ^(B) Materiais excludentes entre si	

Nome do Procedimento	6.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CALCÂNEO	
Descrição do procedimento	Sob anestesia geral ou regional, com o paciente em decúbito lateral, inicia-se o tratamento com um acesso lateral sob o calcâneo, identificados os tendões fibulares e o nervo sural, ambos são liberados (tenólise e neurolise externa), para acesso a subtalar que normalmente está deslocada. Estabelecido o acesso procede-se a redução da fratura com fixação temporária por fios de Kirshner seguido de fixação por placas especiais para o calcâneo e parafusos (corticais/bloqueados e canulados com e sem cabeça). A fixação da fratura do calcâneo pode ser precedida da realização de uma vídeo artroscopia para assistência a fixação garantindo uma redução anatômica com o menor acesso possível, evitando aderência e propiciando um pós operatório menos doloroso e com menos riscos associados. A utilização de enxerto ósseo pode ser realizado para dar suporte a falha gerada pelo afundamento articular podendo ser utilizado enxerto ósseo e/ou inorgânico.	
CIDs do Procedimento	S92.0 T07	
Indicação	Fraturas complexas com desalinhamento significativo dos fragmentos ósseos ou quando há comprometimento da articulação subtalar. O procedimento é indicado para corrigir fraturas deslocadas ou intra-articulares do calcâneo, restaurando a anatomia e funcionalidade do pé.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições de pele (envelope de partes moles)	
Exames da Indicação	Radiografia do pé, Radiografia axial do calcâneo, Tomografia Computadorizada do calcâneo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.40-8	Tratamento cirúrgico das fraturas dos calcâneo	11C
3.07.29.15-7	Redução cirúrgica das luxações do retropé e médio pé	7C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.34.06-1	Fraturas - redução e estabilização de cada superfície	9C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurolise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	PLACA ANATÔMICA PARA CALCÂNEO - PARAFUSOS (12)	1
	PARAFUSOS CANULADOS 4,5 SEM CABEÇA	3
	PARAFUSO CANULADO SEM CABEÇA 6,5 OU 7,0	3
	HASTE PARA CALCÂNEO - PARAFUSOS	1
	PARAFUSO CANULADO 4,5 COM CABEÇA	3
	ARRUELA LISA EM AÇO	3
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5 GR	1
	FIOS DE STEINMANN	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início da marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	6.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFORMIDADE PROGRESSIVA E COLAPSANTE DO PÉ (DPCP) - PÉ PLANO	
Descrição do procedimento	A DPCP é um procedimento múltiplo pois o paciente pode apresentar múltiplas deformidades no retro-pé e médio-pé, além da perda do arco longitudinal medial. A identificação minuciosa de cada deformidade vai gerar a melhor indicação do tratamento cirúrgico. O procedimento se inicia com um acesso postero-lateral para uma osteotomia de medialização do calcâneo onde é imperioso a exploração do nervo sural, realiza-se a medialização do calcâneo e fixação através de parafusos canulados ou placas para osteotomia. Mudando a posição do decúbito do paciente realiza-se um acesso medial onde é feita a exploração do tibial posterior no túnel osteofibroso, realizando a tenotomia do segmento degenerado. Realiza-se a tenólise do tendão que será transferido em substituição ao tibial posterior. Procede-se a reconstrução do ligamento spring e do ligamento deltoide, se lesados, e o reforço das estruturas com fitas. Após esse momento o tendão substituído é transferido ao navicular e fixado com um parafuso de biotenoese não metálico. Uma solidarização (transferência) do tibial posterior ao tendão substituído é realizada. Após verifica-se qual o grau de cobertura da cabeça e dependendo da avaliação é realizado o alongamento da coluna lateral e a osteotomia do primeiro metatarso (cotton) com colocação de enxerto. Nos casos onde há degeneração articular pode ser necessário a realização de artroese das articulações do retro-pé (única, dupla ou tripla) e em casos mais severos a artroplastia total do tornozelo ou a artroese do tornozelo.	
CIDs do Procedimento	M21.4 M66.5 M21.6 M21.0	
Indicação	Deformidade no pé, perda do arco longitudinal, valgo do retro-pé, abdução do ante-pé, supinação do ante-pé, rotura ou degeneração do tendão tibial posterior e limitação para as atividades de vida diária e perda da qualidade de vida	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Comorbidades graves que impeçam ou contra indiquem procedimentos cirúrgicos	
Exames da Indicação	Radiografias do pé, tornozelo e axial de saltzman para o calcâneo, Tomografia Computadorizada do tornozelo e Ressonância Magnética do tornozelo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.22-0	Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico	11A
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	8A
3.07.29.04-1	Artroese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
3.07.28.04-5	Artroese ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico ¹	10C
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico ²	9A
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.28.05-3	Artroplastia de tornozelo (com implante) - tratamento cirúrgico ¹	13C
3.14.03.23-9	Microneurólise única	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B

OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	4
	PARAFUSOS CANULADOS ROSCA TOTAL 6.0 OU 7.0	4
	PARAFUSOS CANULADOS ROSCA TOTAL 3.5 OU 4.5	4
	PARAFUSOS CANULADOS 3.5 OU 4.5 ROSCA PARCIAL	4
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA EM PEEK	1
	PARAFUSO DE BIOTENODESE	1
	ARRUELAS	2
	FITA PARA FIXAÇÃO (TAPE)	2
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DO CALCANEIO - PARAFUSOS (05)	1
	PRÓTESE TOTAL DO TORNOZELO (COMPONENTE TIBIAL, COMPONENTE TALAR, CIMENTO, POLI E PARAFUSOS)	1
	PLACA PARA ALONGAMENTO DE COLUNA LATERAL - PARAFUSOS (5)	1
	PLACA PARA ARTRODESE DE LAPIDUS/COTTON - PARAFUSOS 5	1
	PASSADOR DE SUTURA (EASY PASS, SUTURE LASSO OU SIMILAR)	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE POLIESTER TRANCADO NÃO ABSORVÍVEIS	2
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10 GR	1
	FREZA SHANNON	2
	LÂMINA DE MICROSERRA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A deformidade colapsante progressiva do pé, pode se apresentar com multiplas deformidades, além da perda do arco longitudinal medial, deformidade em valgo retro-pé, abdução do ante-pé, deformidade em valgo do tornozelo e lesão dos ligamentos do complexo medial, necessita de avaliação individualizada e uma cirurgia customizada para cada necessidade do paciente. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos Excludentes entre si. (²) Código por similaridade	

Nome do Procedimento	6.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ CAVO	
Descrição do procedimento	O procedimento de tratamento do pé cavo consiste em corrigir as deformidades ósseas e de partes moles que compõe esta patologia, restaurar o alinhamento osseo, reconstruir as lesões ligamentares, alongar a fascia e tratar as deformidades do ante-pé e medio-pé são as prioridades. Sob anestesia geral ou regional, com o paciente em decúbito dorsal ou lateral, são realizadas incisões específicas para acesso às estruturas ósseas, tendíneas e fasciais do pé. Inicia-se a correção com uma osteotomia do tarso e metatarso, que pode incluir a cunha de correção em ossos como o calcâneo, cuneiformes ou metatarsos, para reposicionar o arco plantar e restaurar o alinhamento anatômico. Nos casos de instabilidade ou deformidade grave, realiza-se uma reconstrução ligamentar e também uma artrodese do tarso ou medio-pé, promovendo a estabilidade de articulações específicas, como talonavicular ou calcaneocuboide e subtalar, utilizando parafusos, placas específicas com enxerto ósseo para estabilidade definitiva. Para aliviar a tensão anormal na fáscia plantar, realiza-se uma fasciotomia (Steindler), liberando parcialmente a fáscia plantar e melhorando a distribuição das forças no pé. Nos tendões comprometidos, é realizada uma tenoplastia para alongamento, e, em casos de desequilíbrio muscular significativo, uma tenodese pode ser feita para transferência ou fixação de tendões, garantindo força e estabilidade dinâmica ao arco do pé. Deformidades do ante-pé são tratadas com osteotomias e correção das garras e sobrecargas no ante-pé.	
CIDs do Procedimento	Q66.7 M21.1 M21.6 Q66.8	
Indicação	Deformidades com aumento do arco plantar longitudinal e varo do retro-pé, encurtamento da fascia plantar, deformidade em equino do ante-pé e deformidade dos pequenos dedos, instabilidade antero-lateral do tornozelo.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades graves que limitem ou contra indiquem procedimentos cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografias, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética do tornozelo e pé acometido, Eletro-neuromiografia para afastar causas neurológicas	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.22-0	Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico	11A
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	8A
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
3.07.29.12-2	Fasciotomia ou ressecção de fascia plantar - tratamento cirúrgico	7B
3.07.29.10-6	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico	8A
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.34.05-3	Reconstrução, retencionamento ou reforço de ligamento	10C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO)	1
	KIT PARA FASCIOTOMIA PLANTAR	1
	PARAFUSOS CANULADO 7.0 EM TITÂNIO ROSCA TOTAL	3
	PARAFUSOS CANULADOS 4.5 EM TITÂNIO ROSCA TOTAL	3
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DO CALCÂNEO - PARAFUSOS (05)	1
	ARCORAS BIO 3,0, 3.5 OU 3.75 COM FIO DE ALTA RESISTÊNCIA COM AGULHA	4
	FITA PARA FIXAÇÃO	1
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DO ANTE - PÉ (COTTON) - PARAFUSOS (05)	1
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PASSADOR DE FIO	1
	FRESA SHANNON	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS O pé cavo é uma deformidade complexa que pode ter etiologia neurologica, traumatica e idiopática, a correção das deformidades promove uma melhora na função e qualidade de vida do paciente.	

Nome do Procedimento	6.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC	
Descrição do procedimento	O procedimento tem como objetivo principal a restauração do alinhamento do médio pé, reconstrução óssea e ligamentar. O tratamento pode ser realizado com múltiplos acessos dependendo das colunas acometidas e do grau de cominuição da lesão. É realizado a exploração da artéria pediosa e do nervo fibular superficial além do isolamento e afastamento dos tendões extensores dos dedos e extensor do halux. A fixação pode ser realizada através de placas, parafusos, fitas e fios de Steinmann. Em situações de grave cominuição a artrodese e o uso de enxerto podem ser necessários.	
CIDs do Procedimento	S93.2 S93.3 S93.6 S92.2 S92.9	
Indicação	Fraturas e/ou luxações envolvendo o médio-pé (cuneiformes, cuboide, metatarsos e lesões ligamentares do médio-pé)	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições de pele, edema intenso	
Exames da Indicação	Radiografia do pé, Tomografia Computadorizada do pé e Ressonância Magnética do pé	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.41-6	Tratamento cirúrgico de fratura de um osso do médio pé ¹	8A
3.07.29.37-8	Tratamento cirúrgico da fratura de um metatarso ¹	7C
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico ¹	4C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSOS CANULADOS 3.0 EM TITÂNIO	5
	PLACA 2.7 RETA EM TITÂNIO + PARAFUSOS (05)	2
	PLACA 2.4 PARA LISFRANC EM TITÂNIO + PARAFUSOS (05)	1
	ENDOBOTTON COM FITA PARA FIXAÇÃO	4
	PARAFUSOS CHANFRADOS 3.0 OU 4.0	4
	FIOS DE STEINMANN	4
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI - CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	PARAFUSOS CANULADOS ROSCA TOTAL 3.0 EM TITÂNIO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A fratura luxação de lisfranc é uma lesão incapacitante quando não tratada adequadamente, por isso a importância da redução anatômica com a fixação o mais estável possível. A gravidade da lesão determina a quantidade de articulações e ossos a serem fixados. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicar pelo número de ossos e tendões envolvidos	

Nome do Procedimento	6.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO NEUROMA DE MORTON / NEUROMA DE JOPLIN	
Descrição do procedimento	O neuroma de Morton é um espessamento (tumoração) do nervo plantar (medial ou lateral) de etiologia multifatorial, geralmente causando limitações para utilização de calçados e para a prática esportiva. O tratamento cirúrgico pode ser realizado pela via de acesso dorsal ou plantar, realiza-se a ressecção da bursa (bursectomia) que em geral se encontra hipertrofiada, identifica-se o nervo afetado e seu ramos digitais através de uma microneurolise e em seguida é removida a tumoração deste nervo periférico. Em casos específicos onde os sintomas estão associados a sequelas de fraturas e há uma redução do espaço interdigital, osteotomias do metatarso devem ser realizadas. Nas vias de acesso dorsais a realização de uma descompressão através da abertura do ligamento intermetatarsico, se faz necessário.	
CIDs do Procedimento	G57.6 G57.8	
Indicação	Dor no ante-pé associada a parestesia e limitação para uso de calçados e prática de atividade física com ultrassonografia ou ressonância magnética apresentando sinais de tumoração interdigital sugestivas de neuroma de Morton	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades do paciente, infecção do sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografias do pé, Ultrassonografia do ante-pé, Ressonância Magnética do pé	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.11-5	Excisão de tumores dos nervos periféricos ¹	10A
3.14.03.22-0	Microneurolise múltiplas ¹	8B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico ¹	3C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	8A
3.07.30.09-0	Fasciotomias (descompressivas)	4C
OPMEs		Quantidade
	FRESA SHANNON	1
	PARAFUSOS MINI (2.4/2.7) PARA OSTEOTOMIA DE WEIL	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 Semanas, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Multiplicado pelo número de nervos envolvidos no acesso.	

Nome do Procedimento	6.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BRAQUIMETATARSIA	
Descrição do procedimento	A braquimetatarsia se caracteriza pela deficiência longitudinal do metatarso, de origem congênita ou adquirida. O tratamento da braquimetatarsia implica na restauração do comprimento do metatarso com alongamento que podem ser súbitos no caso de encurtamentos menores e com auxílio de técnica de distração com fixadores externos nos casos de grandes encurtamentos. Nos alongamentos súbitos, o uso de enxerto ósseo em bloco se faz necessário, a tenoplastia e alongamento dos tendões pode ser realizada.	
CIDs do Procedimento	Q66.8 Q66.9	
Indicação	Correção de deformidade congênita ou adquirida com encurtamento dos metatarsos	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades do paciente, infecção no sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografias do pé com carga e Tomografia Computadorizada do pé	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.35.10-6	Capsulotomia ²	10C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.29.10-6	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.29.17-3	Redução cirúrgica da luxação do antepé	7A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico ¹	4C
3.07.29.08-4	Correção de deformidades do pé com fixador externo dinâmico - tratamento cirúrgico ¹	12A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO COM SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	2
	FIXADOR EXTERNO MINI EM FIBRA DE CARBONO PARA ALONGAMENTO FOCAL	2
	FIOS DE KIRSHNER	2
	PLACA RETA 2,4 OU 2.7 PARA METATARSO EM TITÂNIO	2
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.4 OU 2.7	12
	PARAFUSOS CORTICAIS 2.4 OU 2.7	12
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5 GR	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 9 meses, a depender da evolução da consolidação do regenerado formado ou da consolidação do enxerto. Sendo necessário durante o seguimento exames de Radiografia e Tomografia Computadorizada de controle.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Multiplicado pelo número de metatarsos operados ⁽²⁾ Código por similaridade	

Nome do Procedimento	6.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSALGIA E DEFORMIDADE DOS PEQUENOS DEDOS	
Descrição do procedimento	A metatarsalgia associada a deformidade dos pequenos dedos pode se apresentar de forma isolada ou associada a outras deformidade como halux valgo, pé cavo e pés paralíticos. De uma forma geral, pode desenvolver-se após um trauma, prática esportiva ou após uma síndrome de compartimento no pé. O tratamento das deformidades do ante-pé que causam dor ou deformidades como dedos em garra, dedos em martelo ou taco de golf. Devem ser tratadas de forma a manter um pé plantigrado, estável e confortável em um calçado comum. A cirurgia se inicia com a correção dos metatarsos que podem estar com sua formula metatarsal alterada sendo necessário um realinhamento do ante-pé. Após o primeiro procedimento, mantendo-se as deformidades dos dedos (garras rígidas), é necessário a intervenção dos pequenos dedos com artroplastias de ressecção e artrodeses, capsuloplastias e tenoplastias ou alongamentos de tendão são realizados sequencialmente. Nos casos de lesão da placa plantar, a lesão da placa é reparada com a inserção de mini ancoras na base da falange e reinserção da placa. A avaliação da placa pode ser feita no inicio do procedimento de forma artroscópica.	
CIDs do Procedimento	M21.5 M20.4 M20.6	
Indicação	Dor, sobrecarga e calosidades no ante-pé, deformidade dos pequenos dedos	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades graves do paciente, Infecção no sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografia do pé, Ressonância Magnetica do ante-pé	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.29.10-6	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico	8A
3.07.29.17-3	Redução cirúrgica da luxação do antepé	7A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.34.02-9	Sinovectomia parcial ou subtotal ²	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT ARTROSCOPIA PARA TORNOZELO (COMPOSTO POR: 01 MINI LÂMINA SHAVER ATÉ 2,5mm, 01 MINI PONTEIRA PARA RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO FLUXOR 4 VIAS, 02 CAPAS PARA ARTROSCÓPIO).	1
	FRESA SHANNON	2
	LÂMINA DE MICROSERRA	1
	PARAFUSO PARA OSTEOTOMIA DE WEIL	3
	MINIANCRORA 2.7 COM FIO DE FORÇA	2
	PASSADOR DE FIO (SUTURELASSO, EASYPASS OU SIMILAR)	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado pelo número de osteotomias realizadas. (²) Código por similaridade, uma vez que não há artroscopia do pé na tabela, apenas do tornozelo	

Nome do Procedimento	6.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DO ANTEPÉ (METATARSO E FALANGE)	
Descrição do procedimento	As fraturas do ante-pé podem ocorrer de forma isolada ou associada com as fraturas e luxações do médio-pé (Lisfranc), para o tratamento das lesões os metatarsos são abordados com lesões longitudinais no ante-pé, os tendões extensores são explorados e afastados para evitar lesão e facilitar a fixação, os ramos do nervo fibular superficial são explorados e afastados evitando a lesão e formação de neuroma pós cirurgia. Fragmentos inviáveis devem ser ressecados e o tratamento das fraturas de metatarso e falanges ocorrem com fixação por placas e parafusos.	
CIDs do Procedimento	S92.3 S92.5 S92.4 S92.7	
Indicação	Tratamento das lesões traumáticas do ante-pé envolvendo falanges e metatarsos	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições do envelope de partes moles, infecção do sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografias do pé, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética nos diagnosticos diferenciais de lesão da Lisfranc	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.17-3	Redução cirúrgica da luxação do antepé ¹	7A
3.07.29.37-8	Tratamento cirúrgico da fratura de um metatarso ¹	7C
3.07.29.38-6	Tratamento cirúrgico da fratura de uma falange ¹	7B
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico ¹	7C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico ¹	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA RETA, EM "L" OU EM "Y" BLOQUEADA EM TITÂNIO 2.4 OU 2.7 ^A	3
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.4 OU 2.7 (06 POR PLACA)	18
	PARAFUSOS CORTICAIS 2.4 OU 2.7 (3 POR PLACA)	9
	PLACA RETA, EM "L"OU EM "Y"1.7 EM TITÂNIO ^A	2
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 1.7 EM TITÂNIO (4 POR PLACA)	8
	PARAFUSOS CORTICAIS 1.7 EM TITÂNIO (2 POR PLACA)	4
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5 GR	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 a 6 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, inicio de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado pelo número de metatarsos ou falange operados.	
	OPMEs (^A) Número de placas será o correspondente ao número de metatarsos operados	

Nome do Procedimento	6.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico do hálux valgo, também conhecido como "joanete", visa corrigir a deformidade do primeiro dedo do pé (hálux), que se desvia em direção aos outros dedos. Inicialmente se realiza uma incisão na região intermetatársica e realiza-se uma tenotomia do tendão adutor do halux para reduzir as forças que deformam o dedo em valgo, em seguida realiza-se a bursectomia (remoção da bursa hipertrofiada) e bunionectomia ou remoção (tratamento) do joanete, depois disso, a osteotomia do metatarso, que pode ser proximal, diafisária ou distal. Ao acessar o primeiro dedo, se realiza a osteotomia de falange proximal (AKIN) para correção do halux valgo interfalângico, em seguida uma capsulotomia medial lateral para diminuir a tensão de partes moles e evitar a recidiva. Quando há degeneração articular das articulações metatarso falângica ou interfalângicas ou instabilidade da tarso-metatársica, se realiza a artrodese do tarso e/ou artrodese metatarsofalângica e/ou interfalângica. Em situações em que há perda óssea e em pseudoartroses de procedimentos prévios se utiliza enxerto ósseo para tratar a pseudoartrose.	
CIDs do Procedimento	M20.1 M21.5 M20.3	
Indicação	Tratamento de halux valgo adquirido, deformidade traumática do halux, deformidade secundária a lesão ligamentar, instabilidade da primeira tarso metatársica no médio-pé	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção na pele, doença vascular severa,	
Exames da Indicação	Radiografia do pé com carga (AP, Perfil e Oblíqua)	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.18-1	Hallux valgus (um pé) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	8A
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico ¹	10C
3.07.29.05-0	Artrodese metatarso - falângica ou interfalângica - tratamento cirúrgico ²	8A
3.07.29.10-6	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico	8A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.31.03-8	Bursectomia - tratamento cirúrgico	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO	2
	LÂMINA BEAVVER	1
	FRESA WEDGE	1
	PARAFUSOS CHANFRADOS CANULADOS EM TITÂNIO 3.0	2
	PARAFUSOS CHANFRADOS CANULADOS EM TITÂNIO 4.0	2
	FRESA SHANNON (2X20, 2X12)	3
	PARAFUSOS PARA OSTEOTOMIA DE WEIL	3
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT 2.0 OU 3.0	1
	PLACA PARA OSTEOTOMIA DE LAPIDUS E PARAFUSOS	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
	PLACA EM L/T 2,7mm AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 01 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 4 meses, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e retorno ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A artrodese de lapidus é utilizada para os halux valgus moderados e graves com instabilidade tarso - metatársica ⁽²⁾ A artrodese metatarso falângica esta indicada em casos de degeneração articular associada a deformidade	

Nome do Procedimento	6.21 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RÍGIDO	
Descrição do procedimento	O tratamento se faz por via dorsal ou medial, inicialmente é explorado, isolado e afastado o tendão extensor longo do halux e nervo plantar medial, realiza-se a ressecção da exostose dorsal e em seguida faz-se a osteotomia do metatarso e da falange nos casos de queilectomia. Quando necessária a artroplastia de ressecção realiza-se a remoção de parte da base da falange proximal, podendo se realizar uma interposição com tecidos moles, inclusive uma fita do tendão extensor. A artroplastia total ou parcial da metatarsofalângica do halux são utilizadas nos casos mais severos como alternativa a artrodese metatarsofalângica. O tratamento do halux rígido pode ser realizado de forma percutânea com exostectomia e osteotomia assim como na cirurgia aberta.	
CIDs do Procedimento	M20.2	
Indicação	O halux rígido é uma patologia degenerativa da articulação metatarso falangica do halux. O caso em que se faz necessário o tratamento cirúrgico o mesmo é realizado de acordo com a classificação e gravidade da lesão, podendo ser realizadas infiltrações, manipulações articulares, nos quadros bem iniciais, queilectomias (procedimento mais comum) utilizado para ressecção da exostose dorsal em associação com a remoção parcial da superfície articular, para casos leves a moderados podendo este ser associado a osteotomia extensora da falange (Moberg), alternativamente uma osteotomia para correção da elevação do 1º metatarso pode ser realizada. Em casos mais severos a exostectomia associada a artroplastia de interposição, artroplastia de ressecção (Keller), artroplastia total da metatarsofalângica e nos casos onde cirurgias preservadoras não são viáveis a artrodese é indicada.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comorbidades do paciente, infecção do sítio cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.24-6	Ressecção de osso do pé - tratamento cirúrgico	7C
3.07.29.05-0	Artrodese metatarso - falângica ou interfalângica - tratamento cirúrgico ²	8A
3.07.29.03-3	Artrite ou osteoartrite dos ossos do pé (inclui osteomielite) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico	8A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.28.05-3	Artroplastia de tornozelo (com implante) - tratamento cirúrgico ^{1/2}	13C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		Quantidade
	FRESA SHANNON	2
	FRESA WEDGE	1
	LÂMINA PARA MICROSERRA	1
	PLACA PARA ARTRODESE METATARSOFalângica E PARAFUSOS (06)	1
	PARAFUSO CANULADO ROSCA TOTAL EM TITÂNIO S/ CABEÇA 2.0 E 3.0	3
	AGRAFES (GRAMPOS) DE MEMÓRIA	2
	PRÓTESE TOTAL METATARSOFalângica DO HALUX	1
	PRÓTESE PARCIAL METATARSOFalângica DO HALUX	1
	PARAFUSOS ROSCA PARCIAL 2.4 E 2.7	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	UTI 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 10 semanas, sendo realizado acompanhamento de todas as fases do pós operatório, incluindo curativos, retirada de pontos, início de marcha, fisioterapia e retorno as atividades de vida diária e ao esporte.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Código por similaridade ⁽²⁾ Códigos Excluentes entre si	

7 – TRAUMA ORTOPÉDICO (SBTO)

Nome do Procedimento	7.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDOARTROSE DA CLAVÍCULA	
Descrição do procedimento	O tratamento de uma fratura de clavícula depende da gravidade e localização da lesão, podendo ser conservador ou cirúrgico. Na maioria dos casos, o manejo conservador é indicado e inclui imobilização com tipoia, analgesia e fisioterapia, promovendo boa recuperação em 4 a 6 semanas. Já o tratamento cirúrgico, utilizado para fraturas com deslocamento significativo, instabilidade ou em pacientes com alta demanda funcional, envolve a fixação do osso com placas e parafusos ou hastes intramedulares, seguida de reabilitação. Embora o prognóstico seja geralmente favorável, complicações como má união, atraso na consolidação e infecção podem ocorrer, reforçando a importância do acompanhamento especializado. Para estas situações, cujo tratamento inicial foi incruento e para os que, apesar do tratamento cirúrgico evoluíram para a não consolidação, em situações onde o paciente esteja sintomático, o tratamento da complicação de não união se impõe.	
CIDs do Procedimento	S42.0 S42.7 S42.8 S42.9 T92.1	
Indicação	Fraturas com deslocamento significativo, instabilidade ou em pacientes com alta demanda funcional. Serve ainda para tratamento do ombro flutuante.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Ausência de condições clínicas para o procedimento	
Exames da Indicação	Radiografias (AP, Axilar e Zanca), Tomografia Computadorizada em determinadas situações.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.17.13-2	Pseudartroses e/ou osteotomias da clavícula ou escápula	10C
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA ANATOMICA BLOQUEADA P/ CLAVICULA EM TITANIO	1
	PLACA ANATOMICA BLOQUEADA P/ CLAVICULA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA P/ RECONSTRUÇÃO 3,5mm EM TITANIO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 5 GR	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Código por similaridade	

Nome do Procedimento	7.2 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA CLAVÍCULA - HASTE	
Descrição do procedimento	O tratamento de uma fratura de clavícula depende da gravidade e localização da lesão, podendo ser conservador ou cirúrgico. Na maioria dos casos, o manejo conservador é indicado e inclui imobilização com tipoia, analgesia e fisioterapia, promovendo boa recuperação em 4 a 6 semanas. Já o tratamento cirúrgico, utilizado para fraturas com deslocamento significativo, instabilidade ou em pacientes com alta demanda funcional, envolve a fixação do osso com placas e parafusos ou hastes intramedulares, seguida de reabilitação. Embora o prognóstico seja geralmente favorável, complicações como má união, atraso na consolidação e infecção podem ocorrer, reforçando a importância do acompanhamento especializado. O tratamento cirurgico da clavícula visa corrigir deformidades, encurtamentos, falta de contato, eminência de exposição ou outras indicações pertinentes.	
CIDs do Procedimento	S42.0 S42.7 S42.8 S42.9	
Indicação	Fraturas com deslocamento significativo, instabilidade ou em pacientes com alta demanda funcional. Serve ainda para tratamento do ombro flutuante.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Ausência de condições clínicas para o procedimento	
Exames da Indicação	Radiografias (AP, Axilar e Zanca), Tomografia Computadorizada em determinadas situações.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.18.05-8	Fratura (incluindo descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	8C
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE DE ENDER EM ACO	1
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL EM TITÂNIO P/ USO INFANTIL - HASTE DE TEN	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR - ABERTO	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da luxação acromioclavicular é indicado quando ocorre alteração no mecanismo de sustentação do ombro. A instabilidade e/ou incongruência articular resultantes da lesão podem gerar limitações importantes na mecânica de execução dos movimentos do braço assim como pode resultar em dor crônica e até impossibilidade de realizar determinados movimentos.	
CIDs do Procedimento	S43.1 S43.3 S43.5 S43.7	
Indicação	Luxação da articulação acromioclavicular bastante desviada, com lesão dos ligamentos coracoclaviculares, fâscia, acromioclaviculares com declínio do ombro ou posteriorização da clavícula em relação ao acrômio.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Condições clínicas desfavoráveis do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias (AP, Axilar e Zanca)	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.17.11-6	Tratamento cirúrgico aberto de luxações crônicas ou e recidivantes	10B
3.07.17.36-1	Tratamento cirúrgico de luxações inverteradas	11B
3.07.35.08-4	Ressecção lateral da clavícula	9C
3.07.17.16-7	Transferências musculares ao nível da cintura escapular (inclui manguito rotador)	11A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO ANCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTENCIA	2
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO	2
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTENCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS C/ AGULHA	2
	ENDOBOTTON C/ FITA P/ FIXAÇÃO	1
	PLACA GANCHO – INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA ANATOMICA BLOQUEADA P/ CLAVICULA EM TITANIO	1
	PLACA ANATOMICA BLOQUEADA P/ CLAVICULA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS BLOQUEADOS	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.4 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL - HASTE	
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade proximal do úmero são, na maior parte das vezes de tratamento incruento. No entanto existem situações onde se impõe o tratamento cirúrgico, assim como uma mais rápida reabilitação e melhor função podem ser indicações para o mesmo. As fraturas luxações, fraturas da cabeça umeral e grandes desvios são as indicações mais comuns. A reconstrução articular é preferível a substituição artroplástica, mas em determinadas situações a reconstrução é impossível pela gravidade da fratura ou pelas condições clínicas do paciente.	
CIDs do Procedimento	S42.2	
Indicação	- Desvios das tuberosidades, do colo cirúrgico, do colo anatómico, fraturas-luxações. - Instabilidade e alterações degenerativas, assim como incongruência articular.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias do ombro (AP corrigido), Radiografias da escápula (Perfil, Axilar) e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.26-4	Fratura da cabeça (apenas para "head split")	11C
3.07.17.27-2	Fratura e/ou fratura luxação em 3 partes ¹	11A
3.07.17.28-0	Fratura e/ou fratura luxação em 4 partes ¹	11A
3.07.17.10-8	Fraturas e/ou fratura luxação em 2 partes (colo anatómico, colo cirúrgico ou tubérculos) ¹	10C
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO	3
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO	3
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	ARRUELA LISA EM AÇO	3
	HASTE INTRAMEDULAR P/ UMEMO CANULADA EM TITÂNIO C/ BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL	1
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMEMO CANULADA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMEMO MACIÇA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	5
Internação	UTI 1 dia(s) ²	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Seguimento	Ambulatorial por 6 meses (fraturas simples) e 12 meses (fraturas complexas)	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si (²) Fraturas com complexidades diversas e com possibilidades múltiplas para tratamento OPMEs (^A) A escolha do OPME depende da experiência do cirurgião, disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, topografia da fratura, grau de cominuição, tipo de traço (obliquo, espiral, transversal), diâmetro do osso, condições de partes moles, qualidade óssea, se fratura patológica ou não, entre outras variáveis.	

Nome do Procedimento	7.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL - REVERSA	
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade proximal do úmero são, na maior parte das vezes de tratamanto incruento. No entanto existem situações onde se impõe o tratamento cirúrgico, assim como uma mais rápida reabilitação e melhor função podem ser indicações para o mesmo. As fraturas-luxações, fraturas da cabeça umeral e grandes desvios são as indicações mais comuns. A reconstrução articular é preferível a substituição artroplástica, mas em determinadas situações a reconstrução é impossível pela gravidade da fratura ou pelas condições clínicas do paciente.	
CIDs do Procedimento	S42.2	
Indicação	- Desvios das tuberosidades, do colo cirúrgico, do colo anatômico, fraturas-luxações. - Instabilidade e alterações degenerativas, assim como incongruência articular.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias do ombro (AP corrigido), Radiografias da escápula (Perfil, Axilar) e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa ¹	11C
3.07.17.22-1	Artroplastia total ¹	11C
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.26-4	Fratura da cabeça (apenas para "head split")	11C
3.07.17.27-2	Fratura e/ou fratura luxação em 3 partes ¹	11A
3.07.17.28-0	Fratura e/ou fratura luxação em 4 partes ¹	11A
3.07.17.29-9	Pseudoartrose e/ou osteotomia do úmero proximal	11A
3.07.17.34-5	Tenotomia/tenodese do cabo longo do bíceps - cirurgia aberta	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL REVERSA DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL EM TITÂNIO, 01 CUPULA UMERAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE CEFÁLICO TIPO GLENOSFERA EM AÇO, 01 COMPONENTE METAGLENAR EM TITÂNIO, 03 PARAFUSOS DA METAGLENA E 01 DOSE DE CIMENTO SEM ANTIBIOTICO)	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTENCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS C/ AGULHA	2
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	5
☒ Internação	UTI 1 dia(s) (?)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si SOBRE INTERNAÇÃO (²) Fraturas com complexidades diversas e com possibilidades múltiplas para tratamento	

Nome do Procedimento	7.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO - PLACA	
Descrição do procedimento	As fraturas da diáfise do úmero são, normalmente de tratamento incruento com imobilização e posterior proteção com Brace de Sarmiento. No entanto algumas indicações cirúrgicas estão consolidadas frente ao insucesso na manutenção da redução e resultado final.	
CIDs do Procedimento	S42.2 S42.3 S42.3 S42.7 S42.8 S42.9	
Indicação	Fratura bilateral, cotovelo flutuante, exposta, lesão nervosa associada, obesidade, condições locais de partes moles, lesão do plexo braquial e lesões justa metafisárias, além de redução insatisfatória e ausência de contato entre os fragmentos.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias de braço, do ombro, do cotovelo e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas	10C
3.07.35.14-9	Fraturas da parte proximal do úmero	10C
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 (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA P/ UMEMO PROXIMAL 3,5mm EM AÇO	1
	PLACA BLOQUEADA P/ UMEMO PROXIMAL 3,5mm EM TITANIO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA / LARGA) EM AÇO 4,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 4,5mm	1
	PARAFUSOS	10
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO - HASTE		
Descrição do procedimento	As fraturas da diáfise do úmero são, normalmente de tratamento incruento com imobilização e posterior proteção com Brace de Sarmiento. No entanto algumas indicações cirúrgicas estão consolidadas frente ao insucesso na manutenção da redução e resultado final.		
CIDs do Procedimento	S42.2 S42.3 S42.3 S42.7 S42.8 S42.9		
Indicação	Fratura bilateral, cotovelo flutuante, exposta, lesão nervosa associada, obesidade, condições locais de partes moles, lesão do plexo braquial e lesões justa metafisárias, além de redução insatisfatória e ausência de contato entre os fragmentos.		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente		
Exames da Indicação	Radiografias de braço, do ombro, do cotovelo e Tomografia Computadorizada		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas		10C
3.07.35.14-9	Fraturas da parte proximal do úmero		10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMEMO MACIÇA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS		1
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMEMO MACIÇA EM TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		1
	HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional		
☒ Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	7.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DISTAL DO ÚMERO - PLACA E PARAFUSOS	
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade distal do úmero são, normalmente de tratamento cirúrgico. Trata-se de uma região peri-intra-articular, com forças deformantes musculares suficientemente fortes para causar desvios, incongruência e deformidades. As limitações decorrentes destas alterações ósseas, associadas a um tempo de imobilização de 4 a 6 semanas, já são suficientes para causar rigidez e impotência funcional com resultados a curto, médio e longo prazos desastrosos. O tratamento cirúrgico com fixação rígida que possa proporcionar mobilidade precoce é o tratamento com melhores resultados funcionais.	
CIDs do Procedimento	S42.3 S42.3 S42.7 S42.8 S42.9	
Indicação	Fraturas próximas a articulação do cotovelo, fraturas intra-articulares desviadas ou sem desvio, fraturas que acometem uma ou ambas as colunas do úmero distal, fraturas no plano coronal como as que envolvem a tróclea e o capitúlo, associadas ou não a luxação com instabilidade ligamentar.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias de braço, do cotovelo e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.10-0	Tratamento cirúrgico de fratura do úmero distal - 1 coluna²	10A
3.07.19.28-3	Tratamento da fratura do úmero distal - 2 colunas²	10C
3.07.19.29-1	Tratamento da fratura do úmero distal intra-articular (capitúlo e/ou tróclea)	9C
3.07.19.22-4	Reparo ligamentar medial ou lateral	8C
3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs A	Descrição	Quantidade
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 4,5mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 3,5mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE ÂNGULO FIXO EM AÇO	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2,0mm RETA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5mm ESTREITA - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA/ACETABULO 3,5mm AÇO INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA P/ OLÉCRANO EM TITÂNIO	1
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	2
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO ANCORA EM TITÂNIO	2
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO	2
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	2
	FIO DE CERCLAGEM MALEAVEL P/ FRATURAS EM AÇO	1
	CABO DE CERCLAGEM MALEAVEL P/ AMARRIA EM AÇO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2
	PLACAS BLOQUEADAS PARA EXTREMIDADE DISTAL DO ÚMERO + PARAFUSOS	2
	PLACA BLOQUEADA PARA ÚMERO DISTAL EXTRE-ARTICULAR + PARAFUSOS	1
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	2
	PLACA EM T 2,0mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE / AUTOSQUELEANTE 2,0-2,7mm TITÂNIO	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	

Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Para osteotomia do olecrano ⁽²⁾ Códigos excludentes entre si
	OPMEs ^(A) A escolha do OPME depende da experiência do cirurgião, disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, topografia da fratura, grau de cominuição, tipo de traço (obliquo, espiral, transverso), diâmetro do osso, condições de partes moles, qualidade óssea, se fratura patológica ou não, entre outras variáveis.

Nome do Procedimento	7.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO, PROCESSO CORONÓIDE E LUXAÇÃO DO COTOVELO (TRIÁDE TERRÍVEL DO COTOVELO)	
Descrição do procedimento	A tríade terrível do cotovelo se caracteriza por fratura da cabeça do rádio, fratura do processo coronóide e luxação do cotovelo. São lesões de tratamento cirúrgico frente a grande instabilidade óssea e ligamentar. É uma fratura-luxação articular que pode levar a deformidades angulares que limitam a pronação e/ou a supinação, assim como pode haver a limitação da flexão e extensão do cotovelo também. Redução da articulação, fixação rígida ou artroplastia da cabeça do rádio, correção de desvios ósseos e mobilidade precoce são os objetivos do tratamento. A fixação usualmente é recomendada com fragmentos grandes da cabeça do rádio, com suporte subcondral. Na impossibilidade de fixação, por vezes, optamos pela artroplastia da cabeça do rádio. Reconstrução ligamentar é um passo importante e a fixação com implantes do processo coronóide depende do tamanho do fragmento.	
CIDs do Procedimento	S52.1 S52.3 S52.4 S52.7 S52.8 S52.9 S53.0 S53.1	
Indicação	Luxação do cotovelo, desvios angulares, fragmentação, limitação da pronação e/ou supinação, limitação da flexão e/ou extensão, instabilidade ligamentar	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais ou locais para o procedimento	
Exames da Indicação	Radiografias do cotovelo (AP, Perfil e Greenspan), Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.20.09-5	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico	10C
3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico	5B
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio	8C
3.07.19.14-3	Artroplastia da cabeça do rádio	9C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal	9C
3.07.19.17-8	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo ¹	13A
3.07.20.17-6	Fixação externa na urgência, com fixador externo ¹	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSAO EM AÇO	3
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2,0mm RETA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA EM T 2,0mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE / AUTOROSQUEANTE 2,0-2,7mm TITÂNIO	3
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	3
	PLACA EM L/T 2,7mm AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	3
	PARAFUSO ANCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTENCIA	3
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO ARTICULADO PARA PERMITIR MOBILIDADE DO COTOVELO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial, após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	7.10 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DO COTOVELO		
Descrição do procedimento	São lesões de possível tratamento cirúrgico frente a grande instabilidade ligamentar. É uma luxação que frente a sua grande gravidade de instabilidade pode permanecer luxada, necessitando estabilidade, seja externa o interna.		
CIDs do Procedimento	S52.1 S52.3 S52.4 S52.7 S52.8 S52.9 S53.0 S53.1		
Indicação	Luxação do cotovelo, limitação da pronação e/ou supinação, limitação da flexão e/ou extensão, instabilidade ligamentar		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais ou locais para o procedimento		
Exames da Indicação	Radiografias do cotovelo e Tomografia Computadorizada do cotovelo		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.20.09-5	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico		10C
3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico		5B
3.07.19.16-0	Capsulectomia do cotovelo		9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO		1
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO		1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		2
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO		2
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO		2
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM 01 FIO DE ALTA RESISTÊNCIA		2
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA		2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial até consolidação ósse e recuperação funcional		
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	7.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		
Descrição do procedimento	As fraturas dos ossos do antebraço são usualmente de tratamento cirúrgico pois existe uma mobilidade entre eles (rádio e ulna se comportam como uma articulação). Mobilidade precoce e redução anatômica entre os fragmentos são fundamentais para um bom resultado clínico/funcional. Nos traços mais proximais, existe uma zona de risco com o nervo interósseo posterior assim como, na via de acesso volar distal, o nervo mediano ou no lado ulnar, o próprio nervo ulnar podem estar em risco.		
CIDs do Procedimento	S52.0 S52.1 S52.2 S52.3 S52.4 S52.5 S52.6 S52.7 S52.8 S52.9		
Indicação	Desvios entre os fragmentos de um ou de ambos os ossos		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais ou locais de partes moles para a realização do procedimento		
Exames da Indicação	Radiografia dos ossos do antebraço (AP + Perfil), Tomografia Computadorizada		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.20.07-9	Encurtamento segmentar dos ossos do antebraço com osteossíntese - tratamento cirúrgico		11B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos		8B
3.07.20.17-6	Fixação externa na urgência, com fixador externo		9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 3,5mm		2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS		1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS		1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS		1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm		2
	PLACA BLOQUEADA VOLAR P/ RADIO DISTAL 3,5mm EM AÇO		2
	PLACA BLOQUEADA VOLAR P/ RADIO DISTAL 3,5mm EM TITANIO		2
	PLACA DE ÂNGULO FIXO EM AÇO		2
	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS		2
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO		15
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO		4
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO		15
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITANIO		4
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional		
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	7.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO RÁDIO PROXIMAL - FIXAÇÃO OU ARTROPLASTIA	
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade proximal do antebraço são de tratamento cirúrgico ou conservador a depender do desvio entre os fragmentos. É uma fratura articular ou que pode levar a deformidades angulares que limitam a pronação e/ou a supinação, assim como pode haver a limitação da flexão e extensão do cotovelo também. Fixação rígida, correção de desvios ósseos e mobilidade precoce são os objetivos do tratamento. A fixação usualmente é recomendada com fragmentos grandes da cabeça do rádio, com suporte subcondral. Na impossibilidade de fixação, por vezes optamos pela artroplastia da cabeça do rádio.	
CIDs do Procedimento	S52.0 S52.2 S52.4 S52.6 S52.7 S52.8 S52.9 S53.1	
Indicação	Desvios angulares, fragmentação, limitação da pronação e/ou supinação, limitação da flexão e/ou extensão, instabilidade ligamentar	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais ou locais para o procedimento	
Exames da Indicação	Radiografias do cotovelo (AP, Perfil e Greenspan), Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.04-6	Artrotomia de cotovelo - tratamento cirúrgico	5B
3.07.19.16-0	Capsulectomia do cotovelo	9C
3.07.20.09-5	Fratura e/ou luxações (incluindo descolamento epifisário cotovelo-punho) - tratamento cirúrgico	10C
3.07.19.23-2	Ressecção parcial do olecrâneo/cabeça do rádio	8C
3.07.20.14-1	Ressecção da cabeça do rádio e/ou da extremidade distal ulna - tratamento cirúrgico	10C
3.07.19.14-3	Artroplastia da cabeça do rádio	9C
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 (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSAO EM AÇO	3
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	3
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2,0mm RETA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA EM T 2,0mm EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE / AUTORSQUEANTE 2,0-2,7mm TITÂNIO	3
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	3
	PLACA EM L/T 2,7mm AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	3
Internação	UTI 0 dia(s)	
Anestesia	Quarto 1 dia(s)	
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA ULNA - PLACA	
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade proximal da ulna são bastante instáveis, usualmente desviadas e com forças deformantes importantes como a tração do tríceps e o fulcro do úmero. Mesmo as fraturas extra-articulares, cujas deformidades angulares impedem uma função normal necessitam redução e fixação. A mobilidade precoce é fundamental para o melhor resultado funcional possível.	
CIDs do Procedimento	S52.0 S52.2 S52.4 S52.6 S52.7 S52.8 S52.9 S53.1	
Indicação	Fraturas articulares desviadas, fraturas extra-articulares desviadas e fraturas associadas a instabilidade ligamentar do cotovelo.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais e locais do próprio paciente.	
Exames da Indicação	Radiografias do cotovelo e do antebraço, Tomografia Computadorizada.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal	9C
3.07.20.17-6	Fixação externa na urgência, com fixador externo	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2
	FIO DE CERCLAGEM MALEA VEL P/ FRATURAS EM AÇO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA/ACETABULO 3,5mm AÇO INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA P/ OLÉCRANO EM TITÂNIO	1
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA ULNA - PARAFUSO		
Descrição do procedimento	As fraturas da extremidade proximal da ulna são bastante instáveis, usualmente desviadas e com forças deformantes importantes como a tração do tríceps e o fulcro do úmero. Mesmo as fraturas extra-articulares, cujas deformidades angulares impedem uma função normal necessitam redução e fixação. A mobilidade precoce é fundamental para o melhor resultado funcional possível.		
CIDs do Procedimento	S52.0 S52.2 S52.4 S52.6 S52.7 S52.8 S52.9 S53.1		
Indicação	Fraturas articulares desviadas, fraturas extra-articulares desviadas e fraturas associadas a instabilidade ligamentar do cotovelo.		
Caráter da Indicação	Urgência		
Contraindicação	Falta de condições clínicas gerais e locais do próprio paciente.		
Exames da Indicação	Radiografias do cotovelo e do antebraço, Tomografia Computadorizada.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.19.27-5	Tratamento da fratura da ulna proximal		9C
3.07.20.17-6	Fixação externa na urgência, com fixador externo		9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO		1
	PARAFUSO CANULADO 7,0mm AÇO		1
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,0 A 6,5mm EM TITANIO		1
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO		1
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5mm EM AÇO		1
	ARRUELA LISA EM ACO		1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTENCIA P/ PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS C/ AGULHA		1
	FIO DE CERCLAGEM MALEAVEL P/ FRATURAS EM ACO		1
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional		
☒ Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	7.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE PELVE COM FIXADOR EXTERNO - FIXAÇÃO DE EMERGÊNCIA	
Descrição do procedimento	Lesões ósseas e ligamentares relacionadas ao anel pélvico onde esteja associado instabilidade hemodinâmica e instabilidade mecânica. Nesta situação se faz necessário a abordagem em caráter de urgência para a estabilização óssea e controle de anos, para controle do sangramento e auxiliar a estabilização sistêmica do paciente.	
CIDs do Procedimento	S32.1	
Indicação	Lesões ligamentares associadas ou não a fraturas gerando instabilidade mecânica multidirecional do anel pélvico porção anterior e/ou posterior com instabilidade hemodinâmica e/ou fratura exposta	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Instabilidade hemodinâmica comprovadamente por sangramentos em outros sistemas	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.23.05-1	Tratamento cirúrgico das fraturas e/ou luxações do anel pélvico (com uma ou mais abordagens)	9C
3.07.23.04-3	Fixação externa na urgência, com fixador externo	9A
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO 6,5 /7,0/7,3mm	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	PINO DE SCHANZ	4
	BARRA	4
	CONECTOR BARRA BARRA	4
	CONECTOR BARRA PINO	4
Internação	UTI 5 dia(s)¹	Quarto 5 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Após a estabilização clinica pode ser optado pela fixação definitiva com síntese interna se condições clínicas	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE INTERNAÇÃO (¹) Fraturas com complexidades diversas e com possibilidades múltiplas para tratamento	

Nome do Procedimento	7.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO - FIXAÇÃO EXTERNA PROVISÓRIA	
Descrição do procedimento	Fixação para controle de danos e manutenção da estabilidade articular até o tratamento definitivo na fratura do acetábulo associado a luxação do quadril	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo associado a luxação do quadril com instabilidade após redução incruenta	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.16-3	Fratura de acetábulo - redução incruenta	4C
3.07.23.04-3	Fixação externa na urgência, com fixador externo	9A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINO DE SCHANZ	4
	BARRA	4
	CONECTOR BARRA BARRA	4
	CONECTOR BARRA PINO	4
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Baixa	
Seguimento	Após melhora de partes moles e condições clínicas deve ser realizado a conversão para a osteossíntese interna obtendo um quadril estável e com redução articular anatômica	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento estagiado para controle de danos até a fixação definitiva	

Nome do Procedimento	7.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM ÚNICA SEM OSTEOTOMIA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo que apresenta desvio articular e/ou incongruência articular precisa ser feito a abordagem para redução anatômica e estabilização com osteossíntese. Nas fraturas elementares com desvio predominante posterior ou anterior pode ser feita a abordagem com único acesso para o tratamento definitivo.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo desviada e/ou com incongruência articular	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.15-5	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem única)	10C
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico¹	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	6
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	20
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	ÂNCORA	2
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM ÚNICA COM OSTEOTOMIA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo que apresenta desvio articular e/ou incongruência articular precisa ser feito a abordagem para redução anatômica e estabilização com osteossíntese. Nas fraturas elementares com desvio predominante posterior ou anterior pode ser feita a abordagem com único acesso para o tratamento definitivo e a osteotomia pode ser etapa facilitadora no auxílio da redução articular e retirada de fragmentos livres articulares.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo desviada com incongruência articular que necessite de osteotomia para auxílio na obtenção da redução articular anatômica e retirada de corpos livres articulares	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.15-5	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem única)	10C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico ¹	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	6
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	20
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	ÂNCORA	2
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
	PARAFUSO CANULADO	3
	ARRUELA	3
	FIO GUIA	3
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM ÚNICA E FIXAÇÃO PERCUTÂNEA SEM OSTEOTOMIA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo que apresenta desvio articular e/ou incongruência articular precisa ser feito a abordagem para redução anatômica e estabilização com osteossíntese. Nas fraturas que acometam ambas as colunas com desvio predominante posterior ou anterior pode ser feita a abordagem com único acesso ipsilateral ao maior desvio para o tratamento definitivo, associado a fixação percutânea evitando abordagem aberta associada da outra coluna.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo acometendo ambas as colunas com desvio maior em uma das colunas ou com redução da coluna oposta por abordagem aberta única, permitindo a fixação da coluna oposta com técnica percutânea.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada ou Impossibilidade de redução anatômica da coluna oposta	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.33-3	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (fixação percutânea)	11C
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico¹	9C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	2
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	12
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	ÂNCORA	2
	PARAFUSO CANULADO	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM ÚNICA ASSOCIADA A FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM OSTEOTOMIA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo que apresenta desvio articular e/ou incongruência articular precisa ser feito a abordagem para redução anatômica e estabilização com osteossíntese. Nas fraturas que acometam ambas as colunas com desvio predominante posterior ou anterior pode ser feita a abordagem com único acesso ipsilateral ao maior desvio para o tratamento definitivo associado a fixação percutânea evitando abordagem aberta associada da outra coluna. A osteotomia pode ser realizada para a obtenção da redução anatômica e retirada de fragmentos articulares.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo acometendo ambas as colunas com desvio maior em uma das colunas ou com redução da coluna oposta por abordagem aberta única, permitindo a fixação da coluna oposta com técnica percutânea, mas que necessite da realização da osteotomia para a obtenção da redução anatômica articular e/ou retirada de fragmentos articulares	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.33-3	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (fixação percutânea)	11C
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico¹	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	2
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	12
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	ÂNCORA	2
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.21 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM DUPLA OU ALARGADA SEM OSTEOTOMIA- FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo com desvio articular e/ou incongruência articular que acometam ambas as colunas e/ou parede (s) com desvio necessitando de abordagem com duplo acesso para o tratamento definitivo com redução anatômica e fixação definitiva.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	- Fratura do acetábulo desviada de ambas as colunas e/ou parede(s). - Fraturas envelhecidas com mais de 10 dias.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.32-5	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem dupla ou alargada)	12C
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico¹	9C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	6
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	18
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	ÂNCORA	2
	PARAFUSO CANULADO	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.22 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DO ACETÁBULO COM ABORDAGEM DUPLA OU ALARGADA COM OSTEOTOMIA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do acetábulo com desvio articular e/ou incongruência articular que acometam ambas as colunas e/ou parede(s) com desvio necessitando de abordagem com duplo acesso para o tratamento definitivo com redução anatômica e fixação associada a fixação percutânea evitando novas abordagens abertas ou a extensão das vias utilizadas.	
CIDs do Procedimento	S32.4	
Indicação	Fratura do acetábulo desviada	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.32-5	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem dupla ou alargada)	12C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR 3,5mm	6
	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm	18
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CANULADO 4.5mm – EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 6.5mm - EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO CANULADO 7.3mm - EM TITÂNIO	10
	PLACA BLOQUEADA DE MINIFRAGMENTOS (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL MINI FRAGMENTOS	2
	PARAFUSO BLOQUEADO MINI FRAGMENTOS	4
	ÂNCORA	2
	PARAFUSO CANULADO	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial até recuperação seguido de acompanhamento anual para acompanhar evolução de artrose pós traumática	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Quando presente fratura do acetábulo + fratura da cabeça femoral / luxação traumática, com necessidade de manobras e técnicas distintas, acessos cirúrgicos independentes ou reconstruções múltiplas	

Nome do Procedimento	7.23 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / LUXAÇÃO DA CABEÇA DO FÊMUR - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura da cabeça do fêmur acometem em sua maioria a porção articular responsável pelo contato na zona de carga e podem gerar uma perda da congruência articular coxo-femoral. A fixação definitiva se faz necessária para recuperação da redução antômica articular da cabeça do fêmur e recuperação da congruência coxo femoral.	
CIDs do Procedimento	S72.8	
Indicação	Fratura desviada da cabeça do fêmur acometendo zona de carga e/ou levando a perda da congruência articular.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
3.07.24.23-6	Osteotomias ao nível do colo ou região trocanteriana (Sugioka, Martin, Bombelli etc) - tratamento cirúrgico	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimentocirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	3
	ARRUELA	3
	FIO GUIA	3
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
	PARAFUSO DE COMPRESSÃO SEM CABEÇA	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação e por 2 anos para avaliação de risco de necrose da cabeça.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura	

Nome do Procedimento	7.24 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR - PARAFUSO CANULADO	
Descrição do procedimento	Fraturas do colo do fêmur apresentam risco aumentado de osteonecrose conforme seu desvio e complexidade da fratura. As fraturas desta região são prioritariamente tratadas cirurgicamente com fixação quando não apresentam desvio ou quando apresentam desvio em pacientes jovens para preservar a articulação original coxo femoral.	
CIDs do Procedimento	S72.0	
Indicação	Fratura desviada ou não do colo do fêmur sub-capital ou transcervical.	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	3
	ARRUELA	3
	FIO GUIA	3
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação e por 2 anos para avaliação de risco de necrose da cabeça.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.25 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR COM PARAFUSO DESLIZANTE - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fraturas do colo do fêmur apresentam risco aumentado de osteonecrose conforme seu desvio e complexidade da fratura. As fraturas desta região são prioritariamente tratadas cirurgicamente com fixação quando não apresentam desvio ou quando apresentam desvio em pacientes jovens para preservar a articulação original coxo femoral. Traços fraturarios com maior potencial de desvio cisalhante apresentam vantagem na estabilização com placa de parafuso deslizante.	
CIDs do Procedimento	S72.0	
Indicação	Fratura desviada ou não do colo do fêmur transcervical, basocervical ou Pawells 3	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	1
	ARRUELA	1
	FIO GUIA	1
	PLACA COM PARAFUSO DESLIZANTE 135°	1
	PARAFUSO CORTICAL	3
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a consolidação, recuperação funcional e por 2 anos devido risco de osteonecrose	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.26 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR COM HASTE CEFALOMEDULAR - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fraturas do colo do fêmur apresentam risco aumentado de osteonecrose conforme seu desvio e complexidade da fratura. As fraturas desta região são prioritariamente tratadas cirurgicamente com fixação quando não apresentam desvio ou quando apresentam desvio em pacientes jovens para preservar a articulação original coxo-femoral. Traços fraturarios acometendo a região basocervical pode ser tratados através da fixação com haste cefalomedular.	
CIDs do Procedimento	S72.0	
Indicação	Fratura desviada ou não do colo do fêmur basocervical	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	1
	ARRUELA	1
	HASTE CEFALOMEDULAR	1
	PARAFUSO OU LÂMINA CEFÁLICA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	1
	FIO GUIA INICIAL	1
	FIO GUIA CEFÁLICO	1
	PARAFUSO DE CONTROLE ROTACIONAL	1
	TAMPÃO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação, recuperação funcional e por 2 anos devido risco de osteonecrose	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.27 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO COLO DO FÊMUR - ARTROPLASTIA PARCIAL	
Descrição do procedimento	Ressecção do colo do fêmur e substituição com componente femoral	
CIDs do Procedimento	S72.0	
Indicação	Fratura desviada no paciente idoso pouco ativo ou no paciente com má qualidade óssea	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA ÓSSEA	1
	COMPONENTE FEMORAL COM OU SEM CIMENTO	1
	CABEÇA FEMORAL	1
	COMPONENTE BIPOLAR	1
	CIMENTO ÓSSEO	2
	CABO CERCLAGEM	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.28 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR COM PLACA E PARAFUSO DESLIZANTE - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região intertrocanteriana levam a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação com placa e parafuso deslizante visa permitir controle da dor e melhora da redução, fator este crucial para um bom desfecho, bem como permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.1	
Indicação	Fratura desviada ou não da região transtrocanteriana considerada estável e com a parede lateral competente	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Insuficiência ou fratura da parede lateral	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	1
	ARRUELA	1
	FIO GUIA	1
	PLACA COM PARAFUSO DESLIZANTE 135°	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.29 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA TRANSTROCANTERIANA DO FÊMUR COM HASTE CEFALOMEDULAR - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região intertrocanteriana levam a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação com haste cefalomedular visa permitir controle da dor, melhora da redução, fator este crucial para um bom desfecho e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.1	
Indicação	Fratura desviada ou não da região transtrocanteriana considerada estável ou instável	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	1
	ARRUELA	1
	HASTE CEFALOMEDULAR (CURTA OU LONGA)	1
	PARAFUSO OU LÂMINA CEFÁLICA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	1
	FIO GUIA INICIAL	1
	FIO GUIA CEFÁLICO	1
	PARAFUSO DE CONTROLE ROTACIONAL	1
	TAMPÃO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.30 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR COM HASTE CEFALOMEDULAR LONGA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região subtrocanteriana levam a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura subtrocanteriana do fêmur com haste cefalomedular longa visa permitir controle da dor, recuperação da redução e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.2	
Indicação	Fratura desviada ou não da região subtrocanteriana	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE CEFALOMEDULAR LONGA	1
	PARAFUSO OU LÂMINA CEFÁLICA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	2
	FIO GUIA INICIAL	1
	FIO GUIA CEFÁLICO	1
	PARAFUSO DE CONTROLE ROTACIONAL	1
	TAMPÃO	1
	CABO DE CERCLAGEM	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até recuperação	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.31 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR COM HASTE DE RECONSTRUÇÃO LONGA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região subtrocanteriana levam a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura subtrocanteriana do fêmur com haste longa de reconstrução visa permitir controle da dor, recuperação da redução e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.2	
Indicação	Fratura desviada ou não da região subtrocanteriana em pacientes adulto jovem	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE DE RECONSTRUÇÃO LONGA COM FIXAÇÃO CEFÁLICA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO CEFÁLICO	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO DISTAL	2
	FIO GUIA INICIAL	1
	FIO GUIA CEFÁLICO	2
	TAMPÃO	1
	CABO DE CERCLAGEM	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.32 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA SUBTROCANTERIANA DO FÊMUR COM PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR PROXIMAL - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região subtrocanteriana levam a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura subtrocanteriana do fêmur com placa bloqueada visa permitir controle da dor, recuperação da redução e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.2	
Indicação	Fratura desviada ou não da região subtrocanteriana com impossibilidade de fixação intramedular	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocântéricas, subtrocântéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA LONGA PARA FÊMUR PROXIMAL	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	6
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.33 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISARIA DO FÊMUR COM FIXADOR EXTERNO - FIXAÇÃO PROVISÓRIA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região diafisária leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. Quando não é possível a fixação precoce definitiva é recomendado a fixação provisória do fêmur com fixador externo para redução de complicações como embolias e trombozes, além de evitar maiores dificuldades na cirurgia definitiva em razão de encurtamento.	
CIDs do Procedimento	S72.3	
Indicação	Controle de danos para o paciente com fratura diafisária do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.13-5	Fixação externa na urgência, com fixador externo	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINOS DE SCHANZ	4
	BARRA	4
	CONECTOR BARRA PINO	4
	CONECTOR BARRA BARRA	4
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial após a fixação definitiva até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.34 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR COM PLACA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região diafisária leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura diafisária do fêmur com placa visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas. O uso da placa pode ser indicado quando canal medular obstruído ou estreito e em casos de revisão para a obtenção de compressão axial.	
CIDs do Procedimento	S72.3	
Indicação	Fratura da região diafisária do fêmur com obstrução ou estreitamento do canal femoral	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA LCP 4,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO BLOQUEADO	6
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.35 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR ANTERÓGRADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região diafisária leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura diafisária do fêmur com haste intramedular visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce vitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.3	
Indicação	Fratura desviada ou não da região diafisária do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Canal medular obstruído ou muito estreito	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocântéricas, subtrocântéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR DIAFISÁRIA ANTERÓGRADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	4
	FIO GUIA INICIAL	1
	CABO DE CERCLAGEM	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.36 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região diafisária leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura diafisária do fêmur com haste intramedular visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.3	
Indicação	Fratura desviada ou não da região diafisária do fêmur acometendo região istmica ou abaixo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Obliteração do canal femoral	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocântéricas, subtrocântéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR DIAFISÁRIA RETRÓGRADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	4
	FIO GUIA INICIAL	1
	CABO DE CERCLAGEM	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.37 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA COMPLEXA DO FÊMUR COM DUPLO IMPLANTE COMBINADO: HASTE INTRAMEDULAR E PLACA BLOQUEADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região diafisária leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura complexa diafisária do fêmur com fixação combinada com duplo implante (haste intramedular e placa bloqueada) visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas e reduzir a falha da fixação em razão do retardo de consolidação e instabilidade inerente a fratura.	
CIDs do Procedimento	S72.3	
Indicação	Fratura complexa da região diafisária do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocantéricas, subtrocantéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR DIAFISÁRIA ANTERÓGRADA OU RETRÓGRADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	4
	FIO GUIA INICIAL	1
	CABO DE CERCLAGEM	2
	PLACA BLOQUEADA (2,7/3,5/4,5mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.38 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região distal do fêmur, leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes e incapacidades funcionais quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura da região distal do fêmur com haste intramedular retrógrada visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.4	
Indicação	Fratura desviada ou não da região do 1/3 distal do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.37-9	Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur distal, intra-articular completa	11A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL 2.7mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	FIO GUIA INICIAL	1
	CABO DE CERCLAGEM	1
	PARAFUSO CANULADO COM OU SEM CABEÇA	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.39 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COMPLEXA DO 1/3 DISTAL DO FÊMUR COM HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA ASSOCIADO A PLACA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região distal do fêmur, leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes e incapacidades funcionais quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura distal do fêmur com haste intramedular retrógrada visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.4	
Indicação	Fratura desviada e complexa da região do 1/3 distal do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.26.37-9	Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur distal, intra-articular completa	11A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR RETRÓGRADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL 2.7mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	FIO GUIA INICIAL	1
	CABO DE CERCLAGEM	1
	PARAFUSO CANULADO COM OU SEM CABEÇA	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
	PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR DISTAL	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	9
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.40 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO 1/3 DISTAL DO FÊMUR COM PLACA BLOQUEADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região distal do fêmur leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura distal do fêmur com placa bloqueada visa permitir controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.4	
Indicação	Fratura desviada ou não da região do 1/3 distal do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.37-9	Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur distal, intra-articular completa	11A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
	PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR DISTAL	1
	PLACA BLOQUEADA 1/3 TUBULAR 3.5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL	8
	PARAFUSO CORTICAL 2.7mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO BLOQUEADO	10
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.41 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COMPLEXA DO 1/3 DISTAL DO FÊMUR COM DUPLA PLACA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura que acomete a região distal do fêmur leva a incapacidade importante e imobilidade nos pacientes, podendo evoluir com diversas complicações clínicas relevantes quando não fixadas. A fixação definitiva da fratura complexa distal do fêmur com dupla placa bloqueada visa permitir maior estabilidade, controle da dor, recuperação da redução funcional e permitir movimentação precoce evitando ou reduzindo as complicações clínicas associadas.	
CIDs do Procedimento	S72.4	
Indicação	Fratura desviada e complexa da região do 1/3 distal do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.37-9	Tratamento cirúrgico da fratura do fêmur distal, intra-articular completa	11A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR DISTAL	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	12
	PLACA BLOQUEADA (3,5 / 4,5mm)	1
	PLACA BLOQUEADA 1/3 TUBULAR 3.5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO CORTICAL 2.7mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm (EXTRA-LONGO DE PELVE)	5
	PARAFUSO BLOQUEADO	8
	PARAFUSO CANULADO COM OU SEM CABEÇA	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e reabilitação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.42 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA SIMPLES DA PATELA COM BANDA DE TENSÃO - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura da patela é a lesão de maior prevalência que pode levar a perda do aparelho extensor do joelho. Fraturas de padrão simples podem ser fixadas com a técnica de banda de tensão visando a redução anatômica e a compressão interfragmentária.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura com traço simples e desviada da patela	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO DE KIRSCHNER	2
	CABO DE CERCLAGEM	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.43 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA SIMPLES DA PATELA COM BANDA DE TENSÃO COM PARAFUSO CANULADO - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura da patela é a lesão de maior prevalência que pode levar a perda do aparelho extensor do joelho. Fraturas de padrão simples podem ser fixadas com a técnica de banda de tensão através de parafusos canulados visando a redução anatômica, compressão interfragmentária e menor dor relacionada ao material de síntese.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura com traço simples e desviada da patela	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Fratura comunitiva da patela	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	2
	CABO DE CERCLAGEM	1
	FIO DE SUTURA OU FITA DE ALTA RESISTÊNCIA	1
	PASSADOR	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.44 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COMPLEXA DA PATELA COM PLACA BLOQUEADA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura da patela é a lesão de maior prevalência que pode levar a perda do aparelho extensor do joelho. Fraturas de padrão complexo podem ser fixadas com placa bloqueada para recuperação da anatomia da patela e da função do aparelho extensor.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura complexa e multifragmentada da patela	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO BLOQUEADO	10
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.45 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO POLO INFERIOR DA PATELA - FIXAÇÃO DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fratura do polo inferior da patela desviada leva a perda da função do aparelho extensor do joelho. Fraturas com este padrão precisam ser fixadas e o tendão ser reinserido em sua origem para recuperação da função do aparelho extensor.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura / avulsão do polo inferior patela	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.10-7	Fratura e/ou luxação de patela - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO GUIA 4 FUROS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	FIO DE SUTURA OU FITA DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	ÂNCORAS	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.46 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA / AVULSÃO DA ESPINHA TIBIAL	
Descrição do procedimento	A fratura-avulsão da espinha tibial quando desviadas levam a instabilidade do joelho com incompetência do(s) ligamentos cruzados. A redução e fixação tem como objetivo recuperar a estabilidade ligamentar do joelho e evitar impacto articular.	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura desviada da(s) espinha(s) tibial	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Fratura sem desvio e sem impacto articular	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.35-2	Tratamento cirúrgico da fratura avulsão ao redor do joelho	9A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO	2
	PARAFUSO CORTICAL 2.7mm	2
	PARAFUSO CORTICAL 3.5mm	2
	FIO GUIA	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.47 — TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA / AVULSÃO DA ESPINHA TIBIAL - FIXAÇÃO ARTROSCÓPICA	
Descrição do procedimento	A fratura / avulsão da espinha tibial quando desviadas levam a instabilidade do joelho com incompetência do(s) ligamentos cruzados. A redução e fixação ou reinserção ligamentar tem como objetivo recuperar a estabilidade ligamentar do joelho e evitar impacto articular	
CIDs do Procedimento	S82.0	
Indicação	Fratura avulsão da espinha tibial com desvio	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.35-2	Tratamento cirúrgico da fratura avulsão ao redor do joelho	9A
3.07.13.15-3	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biópsia sinovial	5C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO SEM CABEÇA 2,4/3,0mm	2
	FIO GUIA	1
	LÂMINA DE SHAVER	1
	FIO DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	ENDOBOTTON	1
	BOMBA DE INFUSÃO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.48 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL LATERAL	
Descrição do procedimento	A fratura do planalto tibial lateral pode apresentar padrão de cisalhamento, afundamento ou misto. A redução anatômica da articulação e a fixação são fundamentais para a obtenção de uma articulação estável e funcional reduzindo o risco ou atrasando a evolução de uma artrose pós traumática.	
CIDs do Procedimento	S82.1	
Indicação	Fratura desviada do planalto tibial lateral	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.39-5	Tratamento cirúrgico da fratura do planalto tibial lateral	10A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.26.21-2	Meniscorrafia - tratamento cirúrgico	7A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA PROXIMAL	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO ESPONJOSO	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	10
Opção 2 ^A	PARAFUSO CANULADO 6,5/7,0/7,3mm	3
	FIO GUIA	3
	ARRUELA	3
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	
	OPMEs	
	(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	7.49 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL MEDIAL	
Descrição do procedimento	A fratura do planalto tibial medial pode apresentar padrão de cisalhamento, afundamento ou misto. A redução anatômica da articulação e a fixação são fundamentais para a obtenção de uma articulação estável e funcional reduzindo o risco ou atrasando a evolução de uma artrose pós traumática.	
CIDs do Procedimento	S82.1	
Indicação	Fratura desviada do planalto tibial medial	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.26.40-9	Tratamento cirúrgico da fratura do planalto tibial medial	10A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.26.21-2	Meniscorerafia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA PROXIMAL	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO ESPONJOSO	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	10
Opção 2 ^A	PARAFUSO CANULADO 6,5/7,0/7,3mm	3
	FIO GUIA	3
	ARRUELA	3
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta OPMEs (⁠) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	7.50 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL BICONDILAR	
Descrição do procedimento	A fratura do planalto tibial bicondilar pode apresentar padrão de cisalhamento, afundamento ou misto, sendo uma lesão de alta energia e pode requerer uma cirurgia prévia para controle de danos até melhora de partes moles. A redução anatômica da articulação e a fixação são fundamentais para a obtenção de uma articulação estável e funcional reduzindo o risco ou atrasando a evolução de uma artrose pós traumática.	
CIDs do Procedimento	S82.1	
Indicação	Fratura desviada do planalto tibial bicondilar	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Má condição de partes moles	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.36-0	Tratamento cirúrgico da fratura bicondilar do planalto tibial	11A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.26.21-2	Meniscoreafia - tratamento cirúrgico	7A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1 ^A	PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA PROXIMAL	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO ESPONJOSO	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	16
Opção 2 ^A	PLACA BLOQUEADA DE BAIXO PERFIL (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	4
	ENXERTO ÓSSEO SINTÉTICO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	
	OPMEs	
	(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	7.51 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA - FIXADOR EXTERNO	
Descrição do procedimento	Fraturas de tíbia decorrentes de trauma de alta energia evoluem com má condições de partes moles e/ou exposição óssea. O tratamento estagiado iniciando com a fixação externa para controle de dano e melhora de condições de partes moles até que se tenha condições da fixação definitiva é uma solução indicada.	
CIDs do Procedimento	S82.2	
Indicação	Fratura de tíbia com má condições de partes moles - controle de danos	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.18-9	Fixação externa na urgência, com fixador externo	9A
3.01.01.28-0	Desbridamento cirúrgico - por unidade topográfica (UT)	3C
3.01.01.78-6	Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINO DE SCHANZ	4
	BARRA	4
	CONECTOR BARRA BARRA	4
	CONECTOR BARRA PINO	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Hospitalar até melhora de partes moles para a conversão para fixação definitiva	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	7.52 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA - PLACA	
Descrição do procedimento	Fratura diafisária de tíbia se beneficia do tratamento cirúrgico para consolidação com eixo, rotação e comprimento adequado permitindo uma recuperação funcional mais breve e com melhor resultado.	
CIDs do Procedimento	S82.2	
Indicação	Fratura desviada ou não da tíbia diafisária	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.13-8	Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DCP OU LCP 4,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO BLOQUEADO	10
	PARAFUSO CORTICAL	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.53 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA - HASTE INTRAMEDULAR	
Descrição do procedimento	Fratura diafisária de tíbia se beneficia do tratamento cirúrgico para consolidação com eixo, rotação e comprimento adequado permitindo uma recuperação funcional mais breve e com melhor resultado.	
CIDs do Procedimento	S82.2	
Indicação	Fratura desviada ou não da tíbia diafisária	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.13-8	Fraturas de tíbia associada ou não a fíbula (inclui descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE DE TÍBIA CANULADA E BLOQUEADA	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	5
	FIO GUIA	2
	PARAFUSO TAMPÃO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação ósse e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.54 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
Descrição do procedimento	A fratura do pilão tibial é decorrente de trauma axial de alta energia acometendo a articulação tibio-társica com padrões que podem associar traços simples, complexos e depressões articulares. Comumente são associados com lesões da fíbula e lesões ligamentares do tornozelo. O tratamento cirúrgico exige a fixação com placas combinadas recuperando as colunas e a anatomia com o objetivo de prover uma recuperação da estabilidade articular e função.	
CIDs do Procedimento	S82.3	
Indicação	Fratura desviada do Pilão Tibial	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada, Má condições de partes moles	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.22-3	Tratamento cirúrgico das fraturas do pilão tibial	11C
3.07.27.11-1	Fraturas de fíbula (inclui o descolamento epifisário) - tratamento cirúrgico	7C
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA DISTAL	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	16
	PLACA BLOQUEADA DE FÍBULA	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	6
	PLACA BLOQUEADA DE BAIXO PERFIL (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	6
	ENXERTO SINTÉTICO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.55 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - MALEOLO LATERAL ISOLADO SEM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo acometendo unimaleolar desviada, mesmo sem lesão ligamentar necessita da redução anatômica e estabilização para recuperar a anatomia, estabilidade articular e prover função adequada ao paciente.	
CIDs do Procedimento	S82.6	
Indicação	Fratura desviada da fíbula sem lesão ligamentar associada	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo	8A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FÍBULA	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.54 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - MALEOLO LATERAL ISOLADO COM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo acometendo unimaleolar desviada e com lesão ligamentar necessita da reconstrução ligamentar, redução anatômica e estabilização para recuperar a anatomia, estabilidade articular e prover função adequada ao paciente.	
CIDs do Procedimento	S82.6	
Indicação	Fratura desviada da fíbula associada a lesão da sindesmose e/ou deltoíde	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo	8A
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FÍBULA	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	2
	SISTEMA DE FIXAÇÃO FLEXÍVEL PARA SINDESMOSE	1
	ÂNCORA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.57 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - MALEOLO MEDIAL ISOLADO SEM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo pode apresentar o padrão de lesão óssea do maléolo medial desviada, mas sem lesão ligamentar. Por se tratar de região articular a redução anatômica e fixação são fundamentais para a estabilização do tornozelo recuperação da função.	
CIDs do Procedimento	S82.5	
Indicação	Fratura desviada do maléolo medial	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo	8A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	PLACA BLOQUEADA 2,0/2,4/2,7mm	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.58 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - MALEOLO MEDIAL ISOLADO COM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo pode apresentar o padrão de lesão óssea do maléolo medial desviada e lesão ligamentar. Por se tratar de região articular a redução anatômica, fixação e reparação ligamentar são fundamentais para a estabilização do tornozelo recuperação da função.	
CIDs do Procedimento	S82.5	
Indicação	Fratura desviada do maléolo medial associada a lesão ligamentar	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.12-6	Tratamento cirúrgico da fratura de um maléolo e/ou luxações ao nível do tornozelo	8A
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO 3,5 mm	2
	ARRUELA	2
	FIO GUIA	2
	PLACA BLOQUEADA 2,0/2,4/2,7mm	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	4
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.59 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - BIMALEOLAR SEM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo bimalleolar desviada, sem lesão ligamentar necessita da redução anatômica e estabilização para recuperar a anatomia, estabilidade articular e prover função adequada ao paciente.	
CIDs do Procedimento	S82.5 S82.6	
Indicação	Fratura bimalleolar desviada	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.21-5	Tratamento cirúrgico da fratura de dois maléolos e/ou luxações ao nível do tornozelo	9A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FIBULA	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	8
	PARAFUSO CANULADO	2
	FIO GUIA	2
ARRUELA	2	
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.60 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - BIMALEOLAR COM LESÃO LIGAMENTAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo bimaléolar desviada e com lesão ligamentar associada necessita da reconstrução ligamentar, redução anatômica e estabilização para recuperar a anatomia, estabilidade articular e prover função adequada ao paciente.	
CIDs do Procedimento	S82.5 S82.6	
Indicação	Fratura bimaléolar do tornozelo assocaida a lesão ligamentar	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.21-5	Tratamento cirúrgico da fratura de dois maléolos e/ou luxações ao nível do tornozelo	9A
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FIBULA	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM 01 FIO DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	2
	SISTEMA DE FIXAÇÃO FLEXÍVEL PARA SINDESMOSE	1
	PARAFUSO CANULADO	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.61 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO TORNOZELO - TRIMALEOLAR	
Descrição do procedimento	Fratura do tornozelo trimaleolar é uma lesão muito instável e necessita da reconstrução ligamentar, redução anatômica e estabilização para recuperar a anatomia, estabilidade articular e prover função adequada ao paciente.	
CIDs do Procedimento	S82.5 S82.6	
Indicação	Fratura trimaleolar do tornozelo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.20-7	Tratamento cirúrgico da fratura de três maléolos e/ou luxações ao nível do tornozelo	10A
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE FIBULA	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM 01 FIO DE ALTA RESISTÊNCIA	2
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	2
	SISTEMA DE FIXAÇÃO FLEXÍVEL PARA SINDESMOSE	1
	PARAFUSO CANULADO	2
	FIO GUIA	2
	ARRUELA	2
	PLACA BLOQUEDA DE BAIXO PERFIL (2,4/2,7mm)	1
	PARAFUSO CORTICAL	2
	PARAFUSO BLOQUEADO	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.62 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CALCÂNEO	
Descrição do procedimento	A fratura do calcâneo desviada pode acometer a articulação subtalar e alterar os parâmetros anatômicos fundamentais para a biomecânica do retropé. A redução anatômica e estabilização é passo fundamental para a recuperação da função e redução de sequelas.	
CIDs do Procedimento	S92.0	
Indicação	Fratura desviada do calcâneo	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.40-8	Tratamento cirúrgico das fraturas dos calcâneo	11C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE CALCÂNEO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	6
	PARAFUSO CANULADO COM OU SEM CABEÇA	4
	FIO GUIA	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.63 — TRATAMENTO CIRÚRGICA DA FRATURA DO TALUS	
Descrição do procedimento	O tálus é um osso fundamental para a função do retropé e 60% de sua superfície é composta por cartilagem. A fratura do tálus exige a redução anatômica e recuperação de seu parâmetro anatômico original para a fixação, promovendo uma função adequada do retropé.	
CIDs do Procedimento	S92.1	
Indicação	Fratura desviada do talus	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Contra indicação anestésica, Infecção associada	
Exames da Indicação	Radiografia e Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.39-4	Tratamento cirúrgico das fraturas do tálus	11C
3.07.28.14-2	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA DE BAIXO PERFIL (2,4/2,7mm)	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,0mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,4mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 2,7mm - INCLUI PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	1
	PARAFUSO CORTICAL	4
	PARAFUSO DE BLOQUEIO	8
	FIO DE KIRSCHNER	4
	PARAFUSO CANULADO COM OU SEM CABEÇA	4
	FIO GUIA	4
	ÂNCORA	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até consolidação óssea e recuperação funcional	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Tratamento pode ser diversificado conforme natureza da fratura e/ou necessidade de redução aberta	

Nome do Procedimento	7.64 — FASCIOTOMIA PARA SÍNDROME COMPARTIMENTAL	
Descrição do procedimento	A síndrome compartimental é definida pelo aumento de pressão dentro de um compartimento fechado, podendo ser causado pelo aumento de conteúdo, como nos casos de fraturas, edema, hematomas, sangramentos ativos, ou pela redução extrínseca como em queimaduras por exemplo. Esse aumento de pressão leva a hipoperfusão de nervos e musculatura de forma progressiva. Caso não seja interrompido este processo de forma breve, pode haver lesões provisórias até permanentes com risco de sequelas definitivas e importantes com perda da função do membro em questão. O local mais comum é o compartimento anterior da perna, mas ela pode acontecer em qualquer membro. O tratamento consiste na dermofasciotomia do compartimento acometido e dos compartimentos vizinhos para redução da pressão intracompartimental visando interromper a progressão da lesão e lesões definitivas neurológicas.	
CIDs do Procedimento	T79.6	
Indicação	Síndrome compartimental aguda	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Não há contra indicação em razão do caráter emergencial	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética. Mas o diagnóstico principal é clínico	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.30.09-0	Fasciotomias (descompressivas)	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Espuma para curativo á vácuo	1
	Reservatório curativo á vácuo	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Aguardar a recuperação e melhora do edema para programação do fechamento da ferida	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	8.1 — RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES - SIMPLES	
Descrição do procedimento	Abordagem marginal ou ampliada (na dependência do subtipo histológico) dos tumores que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético, podendo haver a necessidade de rotação de retalhos e/ou enxertias para cobertura local e/ou melhora da função.	
CIDs do Procedimento	D21.1 D21.2 D48.1 C49.1 C49.2	
Indicação	Tratamento das neoplasias benignas, ou das de comportamento indeterminado, ou ainda as malignas que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético. O procedimento se aplica às recidivas tumorais	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Instabilidade clínica e/ou infecção local e/ou sistêmica (Contraindicações relativas)	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Ultrassom e/ou PET-CT	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.91-3	TU partes moles - exérese	4A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ¹	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ¹	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ¹	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ¹	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ¹	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ¹	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ¹	8A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.35.10-6	Capsulotomia ²	10C
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões ³	3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões ³	4C
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO (MÉDIO)	20
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO (GRANDE)	20
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	AGENTE HEMOSTATICO E ANTIADERENTE - UNIDADE COM 3 OU 5 GRAMAS	∞
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Na dependência da extensão do procedimento e subtipo histológico	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Código por similaridade (³) Códigos excludentes entre si OPMEs ∞ Conforme a necessidade do procedimento e indicação do cirurgião e/ou do médico assistente	

Nome do Procedimento	8.2 — RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES COM ENVOLVIMENTO VASCULAR	
Descrição do procedimento	Abordagem marginal ou ampliada (na dependência do subtipo histológico) dos tumores que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético e com necessidade de abordagem vascular. Pode haver a necessidade de rotação de retalhos e/ou enxertias para cobertura local e/ou melhora da função.	
CIDs do Procedimento	C49.1 C49.2 D21.1 D21.2 D48.1	
Indicação	Tratamento das neoplasias benignas, ou das de comportamento indeterminado, ou ainda as malignas com acometimento vascular e que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético. O procedimento se aplica às recidivas tumorais.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Instabilidade clínica e/ou infecção local e/ou sistêmica (Contraindicações relativas)	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Ultrassom e/ou PET-CT	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.91-3	TU partes moles - exérese	4A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ¹	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ¹	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ¹	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ¹	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ¹	9A
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ¹	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ¹	8A
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões ²	3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões ²	4C
3.09.06.37-7	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares	3C
3.09.06.42-3	Revascularização arterial de membro superior - qualquer técnica	11B
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO (MÉDIO)	20
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO (GRANDE)	20
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	AGENTE HEMOSTATICO E ANTI-ADERENTE - UNIDADES DE 3 A 5 GRAMAS	∞
	CATETER DE EMBOLECTOMIA ARTERIAL	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Na dependência da extensão do procedimento e subtipo histológico	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si OPMEs ∞ Conforme a necessidade do procedimento e indicação do cirurgião e/ou do médico assistente	

Nome do Procedimento	8.3 — RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES COM ENVOLVIMENTO NEURAL	
Descrição do procedimento	Abordagem marginal ou ampliada (na dependência do subtipo histológico) dos tumores que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético e com necessidade de abordagem neural. Pode haver a necessidade de rotação de retalhos e/ou enxertias para cobertura local e/ou melhora da função.	
CIDs do Procedimento	C49.1 C49.2 D21.1 D21.2 D48.1	
Indicação	Tratamento das neoplasias benignas, ou das de comportamento indeterminado, ou ainda as malignas com acometimento neural e que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético. O procedimento se aplica às recidivas tumorais.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Instabilidade clínica e/ou infecção local e/ou sistêmica (Contraindicações relativas)	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Ultrassom e/ou PET-CT	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.91-3	TU partes moles - exérese	4A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ¹	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ¹	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ¹	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ¹	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ¹	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ¹	8A
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões ²	3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões ²	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ³	7C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos ³	8B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁴	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁴	8B
3.14.03.27-1	Microneurorrafia única ⁵	8A
3.14.03.26-3	Microneurorrafia múltipla (plexo nervoso) ⁵	12B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo ⁶	8B
3.14.03.05-0	Enxerto de nervo interfascicular, pediculado (1º estágio) ⁷	11A
3.14.03.06-9	Enxerto de nervo interfascicular, pediculado (2º estágio) ⁷	11A
3.14.03.11-5	Excisão de tumores dos nervos periféricos	10A
3.14.03.10-7	Excisão de tumores de nervos periféricos com enxerto interfascicular	9B
2.02.02.08-3	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia de nervos periféricos ⁸	7C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO	20
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO	20
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	COLA DE FIBRINA	4
	AGENTE HEMOSTÁTICO ANTIADERENTE	∞
	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	1
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Na dependência da extensão do procedimento e subtipo histológico	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

(²) Códigos excludentes entre si

(³) Códigos excludentes entre si

(⁴) Códigos excludentes entre si

(⁵) Códigos excludentes entre si

(⁶) Procedimento em um único tempo, quando há perda de continuidade e necessidade de interpor um segmento de nervo (geralmente autólogo) para reconectar as extremidades.

(⁷) Trata-se de técnica em dois tempos. No 1º estágio, o enxerto é inserido com pedículo vascular. No 2º estágio, realiza-se a secção e conexão definitiva com o coto distal.

(⁸) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão nervosa e/ou acompanhamento de déficit nervoso pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.

OPMEs

⚡ Conforme a necessidade do procedimento e indicação do cirurgião e/ou do médico assistente

Nome do Procedimento	8.4 — RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES COM ENVOLVIMENTO DE MÚLTIPLAS ESTRUTURAS	
Descrição do procedimento	Abordagem marginal ou ampliada (na dependência do subtipo histológico) dos tumores que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético e com necessidade de abordagem de múltiplas estruturas. Pode haver a necessidade de rotação de retalhos e/ou enxertias para cobertura local e/ou melhora da função.	
CIDs do Procedimento	C49.1 C49.2 D21.1 D21.2 D48.1	
Indicação	Tratamento das neoplasias benignas, ou das de comportamento indeterminado, ou ainda as malignas com acometimento neural e que acometem as partes moles do sistema musculoesquelético. O procedimento se aplica às recidivas tumorais.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Instabilidade clínica e/ou infecção local e/ou sistêmica (Contraindicações relativas)	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Ultrassom e/ou PET-CT	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.01.01.91-3	TU partes moles - exérese	4A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ¹	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ¹	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ¹	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ¹	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ¹	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ¹	8A
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ¹	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ¹	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ¹	12C
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões	3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ²	7C
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos ²	8B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ³	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ³	8B
3.14.03.27-1	Microneurorafia única ⁴	8A
3.14.03.26-3	Microneurorafia múltipla (plexo nervoso) ⁴	12B
3.14.03.04-2	Enxerto de nervo ⁵	8B
3.14.03.05-0	Enxerto de nervo interfascicular, pediculado (1º estágio) ⁶	11A
3.14.03.06-9	Enxerto de nervo interfascicular, pediculado (2º estágio) ⁶	11A
3.14.03.11-5	Excisão de tumores dos nervos periféricos	10A
3.14.03.10-7	Excisão de tumores de nervos periféricos com enxerto interfascicular	9B
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.32.22-0	Ressecção de tumor ósseo e/ou de partes moles com rotação de retalho	13C
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.09.06.37-7	Preparo de veia autóloga para remendos vasculares	3C
3.09.06.42-3	Revascularização arterial de membro superior - qualquer técnica	11B
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
2.02.02.08-3	Monitorização neurofisiológica intra-operatória em cirurgia de nervos periféricos ⁷	7C
	Descrição	Quantidade
	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO	20

OPMEs	CLIQUE DE HEMOSTASIA EM TITÂNIO	20
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	COLA DE FIBRINA	4
	CATETER DE EMBOLCTOMIA ARTERIAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	COMPONENTE ACETABULAR DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA PARA REVISÃO DE QUADRIL EM TITÂNIO	1
	COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO/POLIETILENO PARA ARTROPLASTIA PARCIAL BIPOLAR DE REVISÃO DE QUADRIL	1
	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PARA REVISÃO DE QUADRIL	1
	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO PARA REVISÃO DE QUADRIL	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	∅
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	∅
MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁷	1	
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
☐ Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Na dependência da extensão do procedimento e subtipo histológico	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (1) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (2) Códigos excludentes entre si (3) Códigos excludentes entre si (4) Códigos excludentes entre si (5) Procedimento em um único tempo, quando há perda de continuidade e necessidade de interpor um segmento de nervo (geralmente autólogo) para reconectar as extremidades. (6) Trata-se de técnica em dois tempos. No 1º estágio, o enxerto é inserido com pedículo vascular. No 2º estágio, realiza-se a secção e conexão definitiva com o coto distal. (7) A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão nervosa e/ou acompanhamento de déficit nervoso pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica.	
	OPMEs ∅ Conforme a necessidade do procedimento e indicação do cirurgião e/ou do médico assistente	

Nome do Procedimento	8.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES ÓSSEOS - MINIMAMENTE INVASIVO		
Descrição do procedimento	O tratamento de tumores benignos e malignos com técnicas minimamente invasivas incluídas mas não restritas a: ablação de tumores com sonda de rádiofrequência, sondas de crioterapia, injeção de cimento.		
CIDs do Procedimento	D48.0 D16.2 D16.9 D16.0 D16.7 D16.3 D16.1 D16.8 C40.0 C40.3 C40.1 C40.9 C40.8 C40.2 C90.0 C76.5 C76.4 C76.3		
Indicação	Tumores benignos como: osteoma osteoide, cisto ósseo simples e outros. Tumores metastáticos e mieloma multiplo. Pacientes portadores de tumores que causam dor ou risco de fratura onde a ressecção aberta pode ser evitada com procedimento minimamente invasivo		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Paciente sem condição clínica para suportar o procedimento		
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PETomografia ComputadorizadaT. Nem todos estes estudos são necessários para estabelecer a indicação.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
4.08.13.03-7	Ablação percutânea de tumor ósseo (qualquer método)		10B
3.07.15.55-5	Osteoplastia vertebral por vertebroplastia¹		8C
3.07.15.56-3	Osteoplastia vertebral por cifoplastia¹		8C
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT RADICULOTOMIA LOMBAR OU CERVICAL PERCUTANEA POR RADIOFREQUÊNCIA (COMPOSTO POR 03 AGULHA DE RADIOFREQUÊNCIA E 01 KIT DE INTRODUÇÃO)¹		1
	KIT PARA VERTEBROPLASTIA (COMPOSTO POR: CÂNULA PARA VERTEBROPLASTIA, SERINGA APLICADORA, CIMENTO ORTOPÉDICO COM BARIO + ACESSÓRIOS)		1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO		1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO		1 a 3
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		1 a 3
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g		1 a 3
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Depende do diagnóstico		
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente indefinidamente		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Os códigos de vertebroplastia e cifoplastia foram utilizados por similaridade para as osteplastias com cimento e cerâmicas realizadas em ossos fora da coluna vertebral (femur, acetábulo eTomografia Computadorizada). O mesmo ocorreu para KIT RADICULOTOMIA usado por similaridade com as sondas de radiofrequencia utilizadas para ablação de lesões ósseas fora da coluna.		

Nome do Procedimento	8.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DA ESCAPULA - RESSECÇÃO INTRALESIONAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem a escápula com indicação de curetagem e preenchimento ou não com substitutos ósseos, cimento ortopédico ou enxertos + estabilização ou não com material de osteossíntese.	
CIDs do Procedimento	C79.5 D16.0 C40.0 D48.0 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a escapula e que tenham indicação de ressecção intralesional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ¹	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ¹	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ¹	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ¹	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ¹	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.17.04-3	Biópsia cirúrgica da cintura escapular	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 5
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO EM GRANULOS	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO TIPO PUTTY	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE HIDROXIAPATITA	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	1 a 10
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO OU FIBRA DE CARBONO - 3,5 mm	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA DE RECONSTRUÇÃO - TITÂNIO OU FIBRA DE CARBONO - 3,5mm	1 a 2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5 mm TITÂNIO	1 a 15
	KIT DELAVAGEM PULSÁTIL	1 a 15
	LÂMINA ULTRASSÔNICA DE 10 OU 20 MM PARA OSTEOTOMIA FINA	1
	EQUIPO DE SORO PARA DISPOSITIVO ULTRASSÔNICO PARA OSTEOTOMIA	1
☒ Internação	UTI 0 - 1 dia(s)	Quarto 1 - 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	8.7 — ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL	
Descrição do procedimento	Ressecção da escápula de forma parcial ou em sua totalidade quando a mesma estiver acometida por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, em que não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença e sem associação com a ressecção do úmero proximal.	
CIDs do Procedimento	D48.0 D48.1 D48.9 C40.8 C79.5 D16.0 C40.0 C49.1 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem em parte ou o todo da escápula.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ¹	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ¹	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ¹	12C
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno ²	10C
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno ²	13C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO (UNIDADE DE 10 CC)	1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 5
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	1 a 4
	ENDOPRÓTESE NÃO CONVENCIONAL SOB MEDIDA PARA RECONSTRUÇÃO DA ESCAPULA	1
	CIMENTO COM ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 a 21 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	8.8 — ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL COM RESSECÇÃO DO UMERO DE FORMA PARCIAL OU TOTAL E PRESERVAÇÃO DO MEMBRO (CIRURGIA DE TIKHOFF-LINBERG E SUAS VARIAÇÕES)	
Descrição do procedimento	Ressecção da escapula de forma parcial ou em sua totalidade associado a ressecção do umero proximal ou sua metade superior ou em sua totalidade, quando o umero e/ou a escapula estiverem acometidos por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, com envolvimento da articulação gleno-umeral, em que não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença.	
CIDs do Procedimento	D48.0 D48.1 D48.9 C40.8 C79.5 D16.0 C40.0 C49.1 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem o umero e a articulação gleno umeral e/ou a escapula, ou que acometem a escapula e a articulação gleno umeral e/ou o umero parcialmente ou em sua totalidade.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ¹	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ¹	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ¹	12C
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno ²	10C
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno ²	13C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO (UNIDADE DE 10 CC)	1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 5
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	1 a 4
	ENDOPRÓTESE NÃO CONVENCIONAL SOB MEDIDA PARA RECONSTRUÇÃO DA ESCAPULA	1
	ENDOPROTESE NAO CONVENCIONAL DE UMEMO, SOB MEDIDA OU MODULAR, ARTICULADA OU NAO COM ENDOPROTESE NAO CONVENCIONAL DE ESCAPULA	1
	CIMENTO COM ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto 7 a 21 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	8.9 — AMPUTAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação do membro superior ao nível da articulação entre a escapula e o torax quando o membro estiver acometida em sua raiz por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, em que não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença, associado ou não a linfadenectomia cervical, seguida de reconstrução com retalho local ou microcirurgico.	
CIDs do Procedimento	D48.0 D48.1 D48.9 C40.8 C79.5 D16.0 C40.0 C49.1 C90.0	
Indicação	Lesões que acometam o umero proximal e/ou a escapula, bem como o feixe vasculo-nervoso e que não seja possível cirurgica preservadora do membro.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirurgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar)	12C
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.09.14.05-1	Linfadenectomia cervical	10C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno ¹	10C
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno ¹	13C
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ²	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ²	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ²	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ²	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ²	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ²	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ²	8A
3.07.17.04-3	Biópsia cirúrgica da cintura escapular	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO (UNIDADE DE 10 CC)	1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 5
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTIADERENTE	1 a 4
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto 30 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si (²) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	8.10 — AMPUTAÇÃO INTERESCAPULOTORÁCICA - AMPLIADA OU ALARGADA	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação do membro superior ao nível da articulação entre a escapula e o torax quando o membro estiver acometido em sua raiz por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, em que se faça necessário retirar parte da parede torácica e não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença, associado ou não a linfadenectomia cervical, seguida de reconstrução com retalho local ou microcirurgico.	
CIDs do Procedimento	D48.0 D48.1 D48.9 C40.8 C79.5 D16.0 C40.0 C49.1 C90.0	
Indicação	Lesões que acometam o umero proximal e/ou a escapula e /ou parede torácica, bem como o feixe vasculo-nervoso e que não seja possível cirurgia preservadora do membro.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirurgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar)	12C
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.09.14.05-1	Linfadenectomia cervical	10C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno ¹	10C
3.07.32.20-4	Ressecção de tumor de partes moles maligno ¹	13C
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ²	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ²	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ²	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ²	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ²	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ²	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ²	8A
3.06.01.02-9	Costectomia (porte para 1 arco costal, 30% deste porte para cada arco adicional)	8B
3.06.01.18-5	Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos)	8B
3.06.01.15-0	Toracectomia	10A
3.06.01.09-6	Reconstrução da parede torácica (com ou sem prótese)	10B
3.08.03.05-5	Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar	8B
3.07.17.04-3	Biópsia cirúrgica da cintura escapular	3C
3.06.01.22-3	Biópsia cirúrgica de costela ou esterno	3C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO (UNIDADE DE 10 CC)	1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 5
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTIADERENTE	1 a 4
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto até 30 dias dia(s)
☒ Anestesia		

Resolubilidade	Alta
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º e 6º meses, no 1º ano e depois anualmente
☒ Rastreabilidade	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si (²) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

Nome do Procedimento	8.11 — DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da articulação do ombro	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.06-0	Desarticulação ao nível do ombro - tratamento cirúrgico	9A
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g ^A	1 a 3
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTIADERENTE - UNIDADES COM 3 A 5 GRAMAS	△
☒ Internação⁶	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a

nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

⚡ Conforme a necessidade do procedimento e indicação do cirurgião e/ou do médico assistente

Nome do Procedimento	8.12 — REVISÃO DE PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DE ÚMERO	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de revisão de prótese não convencional por soltura asséptica, séptica, complicação mecânica, instabilidade ou fratura periprotética, na ausência de tumor residual. Comumente, esses implantes envolvem a articulação gleno-umeral ou a articulação do cotovelo, mas não necessariamente. Pode ser necessária a troca de um ou mais componentes. Pode ser necessário o tratamento de infecção de partes moles ou óssea. Pode ser necessária a reconstrução de defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese. Pode ser necessária a reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	T84.3 T84.5 S42.2 S42.3 S42.4	
Indicação	Complicações associadas a próteses não convencionais do úmero	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado	13C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas¹	8B
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.21.21-0	Pseudartroses - tratamento cirúrgico	10C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO (MODELOS VARIADOS) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO (MODELOS VARIADOS) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	FIO DE CERCLAGEM	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável
	FIXADOR EXTERNO	Variável
	ESPAÇADOR DE ÚMERO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1

	SERRA DE GIGLE	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação	UTI 0 A 2 dia(s)	Quarto 3 a 10 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A depender da extensão da lesão e do defeito ósseo existente, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si OPMEs (^Δ) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO PROXIMAL BENIGNOS - INTRALESIONAL/MARGINAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos que acometem o úmero proximal com curetagem e preenchimento ou não, com substitutos ósseos ou enxertos + estabilização ou não, com material de osteossíntese, ou ressecção marginal.	
CIDs do Procedimento	D16.2	
Indicação	Tumores ósseos benignos que acometem a região epifisária e metafisária proximal do úmero	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ²	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ²	8B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.17.03-5	Artrotomia glenoumeral - tratamento cirúrgico	8A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	BROCA PERCUTÂNEA	1
	FIO DE KIRSHNER - AÇO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIÓTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO SEM ANTIBIÓTICO	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 6
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	1 a 4
	CIMENTO INJETÁVEL DE HIDROXIAPATITA	Variável
	CIMENTO INJETÁVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	Variável
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO PUTTY OU GRÂNULOS	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - TEN	2 a 4
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE ÚMERO EM TITÂNIO OU CARBONO - INCLUI PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAL E DISTAL	1
	PLACA ANATOMICA DE UMEMO PROXIMAL BLOQUEADA EM TITÂNIO OU CARBONO	1
	PLACA RETA 3,5 BLOQUEADA EM TITÂNIO OU CARBONO	1 ou 2
	PLACA RETA 4,5 BLOQUEADA EM TITÂNIO OU CARBONO	1 ou 2
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 3,5	Variável
	PARAFUSOS BLOQUEADOS 4,5	Variável
	PARAFUSOS CORTICAIS 3,5	Variável
	PARAFUSOS CORTICAIS 4,5	Variável
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 4º, 6º, 12º, 18º e 24º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO PROXIMAL - RESSECÇÃO INTRALESIONAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem o úmero proximal com indicação de curetagem e preenchimento ou não com substitutos ósseos, cimento ortopédico ou enxertos + estabilização ou não com material de osteossíntese.	
CIDs do Procedimento	D16.0 C40.0 D48.0 C90.0 C79.5	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região epifisária e metafisária proximal do úmero que tenham indicação de ressecção intralesional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO INJETAVEL DE HIDROXIAPATITA	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	1 a 10
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	1 a 10
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO EM GRANULOS	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO TIPO PUTTY	1 a 10
	PLACA BLOQUEADA PARA UMEMO PROXIMAL 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITANIO OU CARBONO- 4,5mm	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITANIO OU CARBONO - 3,5mm	1 a 2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1

☒ Internação	UTI 0 a 1 dia(s)	Quarto 1 a 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO PROXIMAL - RESSECÇÃO AMPLA OU EM BLOCO	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem o úmero proximal com indicação de ressecção ampla ou em bloco e reconstrução com enxerto e estabilização com material de osteossíntese ou por endopróteses não convencionais.	
CIDs do Procedimento	C40.0 D16.0 D48.0 C90.0 C79.5	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região epifisária e metafisária proximal do úmero que tenham indicação de ressecção ampla ou em bloco	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa ⁶	11C
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante ⁶	11A
3.07.17.22-1	Artroplastia total ⁶	11C
3.07.17.15-9	Revisão cirúrgica de prótese de ombro	11C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL REVERSA DE OMBRO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL EM TITÂNIO, 01 CUPULA UMERAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE CEFÁLICO TIPO GLENOSFERA EM ACO, 01 COMPONENTE METAGLENAR EM TITÂNIO, 03 PARAFUSOS DA METAGLENA E 01 DOSE DE CIMENTO SEM ANTIBIOTICO)	1
	AGENTE HEMOSTÁTICO	1 OU 2
	BROCAS DE DRILL	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 A 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 A 5
	TELA DE POLIPROPILENO	1 A 2
	TELA DE TREVIRA	1 A 2
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	2 A 10
	PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 3,5mm RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1

	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1 A 2
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	2 A 10
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	2 A 10
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	2 A10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1 A 2
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 A 4
☒ Internação	UTI 1 a 2 dia(s)	Quarto 1 a 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA DIÁFISE DO ÚMERO - RESSECÇÃO INTRALESIONAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem a diáfise do úmero, com indicação de curetagem e preenchimento ou não com substitutos ósseos, cimento ortopédico ou enxertos + estabilização ou não com material de osteossíntese.	
CIDs do Procedimento	D16.0 C40.0 D48.0 C90.0 C79.5	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região diafisária do úmero que tenham indicação de ressecção intralesional.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 5
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO EM GRANULOS	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO TIPO PUTTY	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE HIDROXIAPATITA	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	1 a 10
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE Umero MACIÇA EM TITÂNIO OU CARBONO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITÂNIO OU CARBONO - 4,5mm	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITÂNIO OU CARBONO - 3,5mm	1 a 2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - PARA USO INFANTIL - HASTE DE TEN	2 a 4

☒ Internação	UTI 0 a 1 dia(s)	Quarto 1 a 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(1) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	
	(2) Códigos excludentes entre si	
	(3) Códigos excludentes entre si	
	(4) Códigos excludentes entre si	
	(5) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs	
	(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.17 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA DIÁFISE DO ÚMERO - RESSECÇÃO AMPLA OU EM BLOCO	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem a diáfise do úmero ou sua totalidade, com indicação de ressecção ampla ou em bloco e reconstrução com enxerto e estabilização com material de osteossíntese ou por endopróteses não convencionais.	
CIDs do Procedimento	D16.0 C40.0 D48.0 C79.5 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região diafisária do úmero que tenham indicação de ressecção ampla ou em bloco.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa ⁶	11C
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante ⁶	11A
3.07.17.22-1	Artroplastia total ⁶	11C
3.07.17.15-9	Revisão cirúrgica de prótese de ombro	11C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	AGENTE HEMOSTÁTICO	1 A 2
	BROCAS DE DRILL	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 A 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 A 5
	TELA DE POLIPROPILENO	1 A 2
	TELA DE TREVIRA	1 A 2
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	2 A 10
	PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 3,5mm RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1 A 2
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	2 A 10

	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	2 A 10
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	2 A10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1 A 2
	PLACA BLOQUEADA PARA UMEROS PROXIMAL 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 A 4
☒ Internação	UTI 1 a 2 dia(s)	Quarto 1 a 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados."	

Nome do Procedimento	8.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO DISTAL - RESSECÇÃO INTRALESIONAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem o úmero distal com indicação de curetagem e preenchimento ou não com substitutos ósseos, cimento ortopédico ou enxertos + estabilização ou não com material de osteossíntese.	
CIDs do Procedimento	C79.5 D16.0 C40.0 D48.0 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região epifisária e metafisária distal do úmero que tenham indicação de ressecção intralesional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁴	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁴	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO INJETAVEL DE HIDROXIAPATITA	1 a 10
	CIMENTO INJETAVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO EM GRANULOS	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO TIPO PUTTY	1 a 10
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm EM TITANIO OU CARBONO - INCLUI PARAFUSOS	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITANIO OU CARBONO 4,5mm	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM TITANIO OU CARBONO - 3,5mm	1 a 2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	1 a 15
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 3,5mm EM EM TITANIO OU CARBONO - INCLUI PARAFUSOS	1 a 2
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA/ACETABULO 4,5mm EM TITANIO OU CARBONO - INCLUI PARAFUSOS	1 a 2

	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA/ACETABULO 3,5mm EM TITANIO OU CARBONO INCLUI PARAFUSOS	1 a 2
	PLACA ANATOMICA BLOQUEADA DE ÚMERO DISTAL - EM TITANIO OU CARBONO	1 a 2
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
☒ Internação	UTI 0 - 1 dia(s)	Quarto 1 - 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO DISTAL - RESSECÇÃO AMPLA OU EM BLOCO	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem a metáfise distal do úmero com indicação de ressecção ampla ou em bloco e reconstrução com enxerto e estabilização com material de osteossíntese ou por endopróteses não convencionais.	
CIDs do Procedimento	D16.0 C40.0 C79.5 C90.0 D48.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região distal do úmero que tenham indicação de ressecção ampla ou em bloco.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa ⁶	11C
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante ⁶	11A
3.07.17.22-1	Artroplastia total ⁶	11C
3.07.17.15-9	Revisão cirúrgica de prótese de ombro	11C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	AGENTE HEMOSTÁTICO	Variável
	BROCAS DE DRILL	Variável
	LÂMINA DE SERRA	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	TELA DE POLIPROPILENO	Variável
	TELA DE TREVIRA	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	Variável
	PLACA BLOQUEADA PARA UMEMO PROXIMAL 3,5mm EM TITÂNIO OU CARBONO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	Variável
	PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 3,5mm RETA TITANIO OU CARBONO- INCLUI PARAFUSOS	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO OU CARBONO - 4,5mm	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITANIO S/ BLOQUEIO	Variável

	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITANIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO OU CARBONO - 3,5mm	Variável
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação	UTI 1 a 2 dia(s)	Quarto 1 a 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO ÚMERO TOTAL - RESSECÇÃO AMPLA OU EM BLOCO DO ÚMERO	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos e malignos que acometem as regiões proximal, diafisária e distal do úmero com indicação de ressecção ampla ou em bloco e reconstrução por endopróteses não convencionais.	
CIDs do Procedimento	D16.0 C40.0 C79.5 C90.0 D48.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem as regiões proximal, diafisária e distal do úmero com indicação de ressecção ampla ou em bloco	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante ¹	11A
3.07.17.22-1	Artroplastia total ¹	11C
3.07.17.18-3	Artroplastia reversa ¹	11C
3.07.17.15-9	Revisão cirúrgica de prótese de ombro	11C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo	13C
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição)	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.14.03.27-1	Microneurorrafia única	8A
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.18.08-2	Osteomielite de úmero - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ²	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ²	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	AGENTE HEMOSTÁTICO	2 a 5
	BROCAS DE DRILL	1
	SERRA DE GIGLE	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2 a 4
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2 a 4
	TELA DE POLIPROPILENO	1
	TELA DE TREVIRA	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
	FIO DE ALTA RESISTENCIA	1 A 4
	KIT CIMENTAÇÃO	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
☒ Internação	UTI 1 a 3 dia(s)	Quarto 03 a 05 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente.	

 Rastreabilidade	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si (²) Códigos excludentes entre si OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.21 — DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DO BRAÇO OU DO ANTEBRAÇO OU DESARTICULAÇÃO DO COTOVELO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível do braço ou da articulação do cotovelo ou do antebraço.	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.18.01-5	Amputação ao nível do braço - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.19.06-2	Desarticação ao nível do cotovelo - tratamento cirúrgico ¹	8B
3.07.20.03-6	Amputação ao nível do antebraço - tratamento cirúrgico ¹	8B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ²	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ²	8B
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ³	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ⁴	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁵	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁶	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁶	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁶	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁶	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁶	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁶	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁶	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁶	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	SERRA DE GIGLI	1
☒ Internação ⁷	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si
- (³) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos
- (⁴) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos
- (⁵) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.
- (⁶) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

- (⁷) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.
- (⁸) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

- (^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.22 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMOR ÓSSEO DO RÁDIO PROXIMAL - BENIGNO OU INTERMEDIÁRIO	
Descrição do procedimento	Tumores do radio proximal, com características localmente agressivas, que necessitem ressecção intra-lesional com adjuvância cirúrgica intra-lesional ou ressecção em bloco com margem. Curetagem ou Ressecção em bloco da neoplasia, para tratamento e cura local da doença, com o uso de enxertos, materiais de fixação óssea ou próteses para reconstrução do membro e restauração da função	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C40.6 C40.9 C41.8 C41.9 C76.4 C79.5 C16.0 D16.1 D16.9 D48.0 D86.9 D76.0 E85.9 M12.2 M84.4 M85.0 M85.3 M85.4 M85.5 M85.6 M88.8 M88.9 M90.6 M90.7 Q78.1 Q78.3 Q78.4 Q78.6 Q82.2 R22.3 R22.7 T84.9	
Indicação	Tumor de caráter benigno ou de malignidade intermediária	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de morte, falta de condições clínicas para a cirurgia.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.31.28-3	Biópsia óssea por agulha	8A
3.07.31.29-1	Biópsia óssea por cirurgia	8A
3.07.13.02-1	Biópsia óssea	2B
3.07.35.15-7	Neurolise ²	11A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.32.18-2	Infiltração óssea para tratamento	8A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.14.03.23-9	Microneurolise única	6A
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO + 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	ARRUELA DENTEADA EM AÇO	10
	ARRUELA LISA EM AÇO	10
	FIO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA FRATURAS EM AÇO	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	CABO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA AMARRIA EM AÇO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	4
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	1
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - USO INFANTIL - HASTE DE TEN	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	6
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO S/ BLOQUEIO	10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1

	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	2
	PRÓTESE TENDINOSA DE SILICONE	4
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 30 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial no 1º, 2º, 3º, 6º e 12º meses. Paciente deve ser seguido por longo tempo, até a cura da doença e a readaptação da seqüela, se houver.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Código por similaridade	
	OPMEs	
	(ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.23 — RESSECÇÃO LOCAL POR CURETAGEM, RESSECÇÃO EM BLOCO, COM RECONSTRUÇÃO DE TUMORES MALIGNOS DO RÁDIO PROXIMAL	
Descrição do procedimento	Curetagem ou ressecção em bloco da neoplasia, para tratamento e cura local da doença, com o uso de enxertos, materiais de fixação óssea ou próteses para reconstrução do membro e restauração da função.	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C40.6 C40.9 C41.8 C41.9 C76.4 C79.5 C16.0 D16.1 D16.9 D48.0 D86.9 D76.0 E85.9 M12.2 M84.4 M85.0 M85.3 M85.4 M85.5 M85.6 M88.8 M88.9 M90.6 M90.7 Q78.1 Q78.3 Q78.4 Q78.6 Q82.2 R22.3 R22.7 T84.9	
Indicação	Curetagem ou ressecção em bloco da neoplasia, para tratamento e cura local da doença, com o uso de enxertos, materiais de fixação óssea ou próteses para reconstrução do membro e restauração da função.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de complicação grave ou morte	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PET-CT,	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo¹	13C
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.31.28-3	Biópsia óssea por agulha	8A
3.07.31.29-1	Biópsia óssea por cirurgia	8A
3.07.13.02-1	Biópsia óssea	2B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.32.18-2	Infiltração óssea para tratamento	8A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	ARRUELA DENTEADA EM AÇO	10
	ARRUELA LISA EM AÇO	10
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	3
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	3
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	2
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	2
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO LINEAR TUBO A TUBO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	1
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO	4
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	4
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO	10
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO	10
	PARAFUSO CANULADO 7,0mm AÇO	10
	PARAFUSO CANULADO MINI - HERBERT EM AÇO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,0 A 6,5mm EM TITÂNIO	10
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	10
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5mm EM AÇO	10
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1

	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 4,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA/LARGA) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO 4,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO+ 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial na 1ª, 2ª, 3ª e 4ª semanas, no 2º, 3º, 6º e 12º meses. Anualmente. Doença oncologica exige seguimento rigoroso, podendo evoluir com recidiva ou metastatização.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. OPMEs ^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.24 — RESSECÇÃO DE TUMORES BENIGNOS OU MALIGNOS DE ULNA PROXIMAL	
Descrição do procedimento	Ressecção por curetagem intra-lesional, ou ressecção em bloco com margem oncológica de tumores da ulna proximal	
CIDs do Procedimento	C40.0 D48.0	
Indicação	Tumores benignos ou malignos, que apresentem dor, crescimento ativo, fratura, perda da função do membro, risco de amputação.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de vida iminente	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PET-CT, Ultrassom, Anatomopatológico, Imunohistoquímica	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.31.28-3	Biópsia óssea por agulha	8A
3.07.31.29-1	Biópsia óssea por cirurgia	8A
3.07.13.02-1	Biópsia óssea	2B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.32.18-2	Infiltração óssea para tratamento	8A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO CIMENTADA PRIMÁRIA (KIT COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE UMERAL CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ULNAR CIMENTADO EM AÇO+ 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	ARRUELA DENTEADA EM AÇO	10
	ARRUELA LISA EM AÇO	10
	FIO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA FRATURAS EM AÇO	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	CABO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA AMARRIA EM AÇO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	4
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	1
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - PARA USO INFANTIL - HASTE DE TEN	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	6
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	2
	PRÓTESE TENDINOSA DE SILICONE	4
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA VOLAR PARA RADIO DISTAL 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1

☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 12ª semanas, no 6º e 12º meses.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. OPMEs ^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.25 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO RÁDIO DISTAL E ULNA DISTAL - ASSOCIADOS OU NÃO	
Descrição do procedimento	Refere-se à ressecção e reconstrução cirúrgica de tumores ósseos localizados na porção distal dos ossos do antebraço (rádio e/ou ulna). Ele pode ser indicado para lesões benignas agressivas ou malignas, primárias ou metastáticas.	
CIDs do Procedimento	D40.0 D48.0 C40.0	
Indicação	Neoplasias acometendo os ossos do ante-braço em sua metade distal	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de morte	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PET-CT, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.31.28-3	Biópsia óssea por agulha	8A
3.07.31.29-1	Biópsia óssea por cirurgia	8A
3.07.13.02-1	Biópsia óssea	2B
3.14.03.23-9	Microneurólise única	6A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.32.18-2	Infiltração óssea para tratamento	8A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.21-2	Ressecção de tumor ósseo com alongamento	12B
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.35.15-7	Neurólise ²	11A
3.07.19.25-9	Tenoplastia epicondilar	8C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões	4C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PLACA ANATÔMICA BLOQUEADA PARA OLÉCRANO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	ARRUELA DENTEADA EM AÇO	10
	ARRUELA LISA EM AÇO	10
	FIO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA FRATURAS EM AÇO	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	1
	CABO DE CERCLAGEM MALEÁVEL PARA AMARRIA EM AÇO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	4
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	4
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	2
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	2
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - PARA USO INFANTIL - HASTE DE TEN	4
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	6
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	2
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	20
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	2
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	20
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	20

	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	2
	ENXERTO ÓSSEO BASE DE VIDRO BIO ATIVO OU CERAMICA FOSFOCLACICA	2
	PRÓTESE TENDINOSA DE SILICONE	4
	PLACA BLOQUEADA VOLAR PARA RADIO DISTAL 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 12ª semanas, no 3º, 6º e 12º meses.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. ⁽²⁾ Código por similaridade OPMEs ^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.26 — DESARTICULAÇÃO DO PUNHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível do punho	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.21.11-3	Desarticação do punho - tratamento cirúrgico	9B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	SERRA DE GIGLI	1
☒ Internação⁶	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a

nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.27 — RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNO OU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIA NOS OSSOS DO CARPO, METACARPO OU FALANGES	
Descrição do procedimento	Ressecção intra-lesional com adjuvância cirúrgica ou não, com reconstrução local por enxerto ou outro substituto, sem alteração da anatomia local	
CIDs do Procedimento	D80.0 D16.1 D16.0	
Indicação	Tumor localizado nos ossos do carpo, dos metacarpos ou falanges	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de morte	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Ultrassom e PET-CT	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.17.03-5	Artrotomia - tratamento cirúrgico	8A
3.07.17.21-3	Artroplastia parcial com interposição ¹	11B
3.07.21.06-7	Artroplastia do punho (com implante) - tratamento cirúrgico ¹	11B
3.07.21.07-5	Artroplastia para ossos do carpo (com implante) - tratamento cirúrgico ¹	11B
3.07.21.07-5	Artroplastia para ossos do carpo (com implante) - tratamento cirúrgico ¹	11B
3.07.21.04-0	Artrodese - fixador externo ¹	6A
3.07.21.03-2	Artrodese entre os ossos do carpo ¹	11B
3.07.35.15-7	Neurólise ²	11A
3.07.31.15-1	Tenorrafia no túnel osteofibroso até 2 dígitos ³	4C
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos ³	10A
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.22.30-6	Enxerto ósseo (perda de substância) - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.21.22-9	Ressecção de osso do carpo - tratamento cirúrgico	10C
3.07.21.24-5	Sinovectomia de punho - tratamento cirúrgico	11C
3.07.21.25-3	Transposição do rádio para ulna	9A
3.07.22.33-0	Fixador externo em cirurgia da mão	4C
3.07.13.02-1	Biópsia óssea	2B
3.07.13.03-0	Biópsias percutânea sinovial ou de tecidos moles	2B
3.07.21.09-1	Biópsia cirúrgica de punho	3B
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por Radiografia, US, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, cobrar código correspondente	4C
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	MICROPARAFUSO CANULADO EM TITÂNIO	4
	MICROPLACA BLOQUEADA EM - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO EM X	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	6
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	2
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	6
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM 01 FIO DE ALTA RESISTÊNCIA	6
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	2
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA EM TITÂNIO	1
	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO EM AÇO COMPLETO	1
	PRÓTESE METACARPO INTERFALANGIANA	5
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO MINI EM AÇO COMPLETO	2
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO	2
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	4
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE POLIESTER TRANCADO NÃO ABSORVÍVEIS	4

	PARAFUSO CORTICAL 1.5mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL 2.0mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PLACA EM L 1,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA EM T 2,0mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA EM L/T 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2,0mm RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 12ª semanas, no 6º, 9º e 12º meses.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Código por similaridade (³) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.28 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES MALIGNOS COMPROVADOS NO CARPO, METACARPOS OU FALANGES	
Descrição do procedimento	Ressecção ampla do tumor, com margem, podendo ser reconstruído o local anatômico	
CIDs do Procedimento	C40.0	
Indicação	Tumores malignos do carpo, mão e dedos, ou tumores benignos agressivos, grandes, recidivados, de ressecabilidade difícil	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco de morte	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PET-CT e Ultrassom	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.35.15-7	Neurólise ³	11A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.14.03.25-5	Microneurorrafia de dedos da mão	8B
3.07.22.59-4	Prótese (implante) para ossos do carpo	6A
3.07.22.60-8	Pseudartrose com perda de substâncias de metacarpiano e falanges	8B
3.07.22.62-4	Pseudartrose dos ossos da mão - tratamento cirúrgico	10A
3.07.22.63-2	Reconstrução da falange com retalho homodigital	9B
3.07.31.15-1	Tenorrafia no túnel osteofibroso até 2 dígitos ⁴	4C
3.07.31.14-3	Tenorrafia no túnel osteofibroso - mais de 2 dígitos ⁴	10A
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ⁵	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ⁵	11C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ⁵	13C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	MICROPARAFUSO CANULADO EM TITÂNIO	6
	MICROPLACA BLOQUEADA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO EM X	4
	MICROPARAFUSO BLOQUEADO EM TITÂNIO 1,0-1,9mm	4
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	2
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	2
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	2
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	6
	FIO DE STEINMANN LISO EM AÇO	6
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM 01 FIO DE ALTA RESISTÊNCIA	6
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	2
	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO MINI EM AÇO COMPLETO	2
	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA EM TITÂNIO	1
	PRÓTESE METACARPO INTERFALANGIANA	5
	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO EM AÇO	2
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	2
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	4
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO	6
	PARAFUSO CORTICAL 1.5mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL 2.0mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	6
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	6

	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	4
	PARAFUSO ÂNCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE POLIESTER TRANCADO NÃO ABSORVÍVEIS	6
	PLACA EM L 1,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA EM T 2,0mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA EM L/T 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2,0mm RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	4
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 6ª semanas, no 2º, 4º, 6º e 12º meses.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Código por similaridade (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.29 — AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DOS METACARPIANOS		
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da mão através dos metacarpianos		
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4		
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.		
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.22.06-3	Amputação ao nível dos metacarpianos - tratamento cirúrgico¹		5B
3.07.22.08-0	Amputação transmetacarpiana¹		9B
3.14.03.23-9	Microneurólise única²		6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas²		8B
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar		9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)³		5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos⁴		9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral		10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico		4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo⁵		5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo⁶		10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região⁶		8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)⁶		9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância⁶		9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial⁶		9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos⁶		9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares⁶		9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo⁶		8A
OPMEs	Descrição		Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^		1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g		1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA		1
	SERRA DE GIGLI		1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		5
Internação⁷	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Depende do diagnóstico		
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução		
Rastreabilidade			

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si
- (³) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos
- (⁴) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos
- (⁵) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.
- (⁶) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

- (⁷) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.
- (⁸) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo)

OPMEs

- (^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.30 — AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um ou mais dedos da mão por desarticulação das articulações interfalangeanas ou através das falanges.	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.22.07-1	Amputação de dedo (cada) - tratamento cirúrgico	5A
3.06.02.13-0	Linfadenectomia axilar	9B
3.14.03.23-9	Microneurólise única¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas¹	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
☒ Internação⁶	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo)

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.31 — HEMIPELVECTOMIA EXTERNA COM COBERTURA POR RETALHO LIVRE VASCULARIZADO		
Descrição do procedimento	Ressecção de uma hemipelve acometida por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, em que não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença, associado ou não a linfadenectomia inguinal e/ou ilíaca, seguido de reconstrução com retalho livre vascularizado.		
CIDs do Procedimento	D16.2 D16.8 D48.0 D48.1 D48.9 C18.9 C40.2 C40.8 C40.9 C41.4 C41.8 C79.5 C79.8 C34.9 C50.9 A01.1		
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem em parte ou o todo de apenas uma hemipelve.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Doença multimetastática em palição ou risco cirúrgico proibitivo		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.23.02-7	Desarticulação interílio abdominal - tratamento cirúrgico		11A
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca		9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica		10A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, eTomografia Computadorizada.)		12A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular		13A
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais		12A
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão		7A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição)		9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas		8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.10.09.26-3	Reparação de outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)		5B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares		9A
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica		3B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA		1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA		1
	SERRA DE GIGLE		1
	SERRA OSCILATÓRIA		1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL		1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO		1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS		1 a 6
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE		1 a 4
	TELA PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL		1
Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 30 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º, 12º, 18ª e 24º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadio		
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	8.32 — HEMIPELVECTOMIA EXTERNA DE RETALHO ANTERIOR OU POSTERIOR		
Descrição do procedimento	Ressecção de uma hemipelve acometida por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo, em que não haja outra alternativa de tratamento para controle da doença, associado ou não a linfadenectomia inguinal e/ou ilíaca, seguido de reconstrução com retalho ântero-medial da coxa ou pósterio-lateral glúteo.		
CIDs do Procedimento	D16.2 D16.8 D48.0 D48.1 D48.9 C18.0 C34.0 C40.0 C40.2 C40.8 C40.9 C41.4 C41.8 C50.0 C61 C73 C79.5 C79.8		
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem em parte ou o todo de apenas uma hemipelve.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Doença multimetastática em palição ou risco cirúrgico proibitivo		
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.23.02-7	Desarticulação interílio abdominal - tratamento cirúrgico		11A
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca		9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica		10A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, eTomografia Computadorizada.)		12A
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais		12A
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão		7A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição)		9A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas		8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.10.09.26-3	Reparação de outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)		5B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares		9A
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica		3B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA		1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA		1
	SERRA DE GIGLE		1
	SERRA OSCILATÓRIA		1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL		1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO		1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS		1 a 6
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE		1 a 4
	TELA PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL		1
Internação	UTI 5 dia(s)		Quarto 30 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadio		
Rastreabilidade			
Comentários			

Nome do Procedimento	8.33 — HEMIPELVECTOMIA INTERNA - SEM RECONSTRUÇÃO ÓSSEA	
Descrição do procedimento	Ressecção de uma hemipelve acometida por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo preservando o membro inferior, associado ou não a linfadenectomia inguinal e/ou ilíaca, sem reconstrução óssea ou articular.	
CIDs do Procedimento	D16.2 D16.8 D48.0 D48.1 D48.9 C18.9 C40.2 C40.8 C40.9 C41.4 C41.8 C79.5 C79.8 C34.9 C50.9 C64	
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem em parte ou o todo de apenas uma hemipelve.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Doença multimetastática em palição ou risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.17-4	Hemipelvectomia	13C
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, eTomografia Computadorizada.)	12A
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão	7A
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar)	12C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais	12A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.10.09.26-3	Reparação de outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)	5B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exêrese e rotação de retalhos musculares	9A
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1 ou 2
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO	1 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 8
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	1 a 4
	TELA PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL	1
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto 30 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º, 12º, 18º e 24º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadió	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	8.34 — HEMIPELVECTOMIA INTERNA - COM RECONSTRUÇÃO ÓSSEA	
Descrição do procedimento	Ressecção de uma hemipelve acometida por um tumor maligno ou tumor benigno agressivo preservando o membro inferior, associado ou não a linfadenectomia inguinal e/ou ilíaca, com reconstrução óssea e/ou articular.	
CIDs do Procedimento	D16.2 D16.8 D48.0 D48.1 D48.9 C18.9 C40.2 C40.8 C40.9 C41.4 C41.8 C79.5 C79.8 C34.9 C50.9 C64	
Indicação	Tumores ósseos ou de partes moles malignos e alguns tumores benignos agressivos que acometem em parte ou o todo de apenas uma hemipelve.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Doença multimetastática em palição ou risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.17-4	Hemipelvectomia	13C
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, eTomografia Computadorizada.)	12A
3.07.05.07-0	Autotransplante de três retalhos, um cutâneo separado, combinado a outros dois retalhos musculares isolados e associados, ligados por um único pedículo vascular	13A
3.10.09.17-4	Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão	7A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ¹	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ¹	11B
3.07.24.32-5	Tratamento cirúrgico da fratura do acetábulo (abordagem dupla ou alargada)	12C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico	11C
3.07.04.08-1	Transplante ósseo vascularizado (microanastomose)	13A
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ²	13C
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ²	13C
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais	12A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.10.09.26-3	Reparação de outras hérnias (inclui herniorrafia muscular)	5B
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica	3B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	LÂMINA ULTRASSÔNICA PARA OSTEOTOMIA	1 ou 2
	SERRA DE GIGLE	1
	SERRA OSCILATÓRIA	1
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1
	ESFERAS DE SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIÓTICO	2 a 4
	ÂNCORAS BIOABSORVÍVEIS	1 a 8
	AGENTE HEMOSTÁTICO E ANTI-ADERENTE	1 a 4
	TELA PARA RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL	1
	ENDOPRÓTESE NÃO CONVENCIONAL SOB MEDIDA PARA RECONSTRUÇÃO DE HEMIPELVE	1
	ENDOPRÓTESE NÃO CONVENCIONAL MODULAR TIPO "PEDESTAL CUP" - PRÓTESE TIPO CONE DE SORVETE INVERTIDO	1
	COMPONENTE ACETABULAR EM POLIETILENO CONSTRITO	1
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO OU NÃO CIMENTADO	1
	REFORÇO ACETABULAR TIPO BURCH-SCHNEIDER	1
	ENDOPROTESE NÃO CONVENCIONAL MODULAR DE FÊMUR PROXIMAL	1
	CABEÇA FEMORAL EM CERÂMICA	1
	COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO	1
	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR	1 a 6
	PLACAS BLOQUEADAS PARA RECONSTRUÇÃO ACETABULAR - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1 a 5

	PARAFUSOS CORTICAIS	1 a 20
	PARAFUSOS BLOQUEADOS	1 a 20
☒ Internação	UTI 7 dia(s)	Quarto 30 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º, 12º, 18ª e 24º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadió	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si (²) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. OPMEs (ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.35 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DOS OSSOS DA BACIA - RESSECÇÃO INTRALESIONAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem os ossos da bacia tais como o ilíaco, o ísquio ou o púbis, ou ainda o sacro com indicação de ressecção intralesional e preenchimento ou não do defeito com substitutos ósseos, cimento ortopédico ou enxertos + estabilização ou não com material de osteossíntese.	
CIDs do Procedimento	C79.5 D48.0 C90.0 D16.3 C40.3	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a bacia e que tenham indicação de ressecção intralesional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica	3B
3.09.10.13-7	Lesões vasculares intra-abdominais	12A
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 5
	CIMENTO INJETÁVEL DE HIDROXIAPATITA	1 a 10
	CIMENTO INJETÁVEL DE SULFATO DE CÁLCIO	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO EM GRANULOS	1 a 10
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO TIPO PUTTY	1 a 10
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO OU FIBRA DE CARBONO - 3,5 ou 4,5 mm	1 a 2
	PLACA BLOQUEADA DE RECONSTRUÇÃO - TITÂNIO OU FIBRA DE CARBONO - 3,5mm	1 a 2
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO	1 a 15
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5 mm TITÂNIO	1 a 15
	DISPOSITIVO PARA LAVAGEM PULSÁTIL	1 a 15
	LÂMINA ULTRASSÔNICA DE 10 OU 20 MM PARA OSTEOTOMIA FINA	1
	EQUIPO DE SORO PARA DISPOSITIVO ULTRASSÔNICO PARA OSTEOTOMIA	1
☒ Internação	UTI 0 - 1 dia(s)	Quarto 1 - 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente	

 Rastreabilidade	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si
	(³) Códigos excludentes entre si
	OPMEs
	(^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.36 — DESARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da articulação do quadril.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.12-0	Desarticulação coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9A
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO/POLIETILENO PARA ARTROPLASTIA PARCIAL BIPOLAR DE QUADRIL	1
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR PARA AMPUTAÇÃO	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLE	1
	AGENTE HEMOSTATICO E ANTI-ADERENTE - UNIDADES COM 3 A 5 GRAMAS	1 A 4
☒ Internação⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a

nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.37 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DA REGIÃO ACETABULAR	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem a região acetabular, com indicação de ressecção intralesional e preenchimento do defeito com cimento ortopédico + estabilização ou não com material de osteossíntese, precedido ou não por métodos de ablação intralesional.	
CIDs do Procedimento	C79.5 D48.0 C90.0 D16.3 C40.3	
Indicação	Tumores ósseos benignos e malignos que acometem a região acetabular e que tenham indicação de ressecção intralesional	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo	10A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição)	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.23.01-9	Biópsia cirúrgica de cintura pélvica	3B
Internação	UTI 0 A 1 dia(s)	Quarto 1 a 5 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A depender da extensão da lesão e do defeito ósseo existente, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente. OBS 2: A necessidade da ablação por radiofr equência dependerá do tamanho da lesão, da fase da jornada de tratamento em que o paciente se encontra, podendo permitir melhor controle local da doença neoplásica. Esses critérios serão os balizadores para o tipo de técnica empregada na reconstrução e para os materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.38 — RESSEÇÃO DE TUMORES DO FÊMUR PROXIMAL	
Descrição do procedimento	Tratamento dos tumores ósseos primários (benignos, intermediários e malignos) ou metastáticos do fêmur proximal. Tumores de partes moles que invadem o fêmur proximal	
CIDs do Procedimento	C40.2 D16.2 C90.0 C76.5 C79.5 C49.2 D48.0	
Indicação	Tumores de qualquer origem que acometem o fêmur proximal (até o pequeno trocanter) e que podem se estender para a diáfise do fêmur (distal ao pequeno trocanter)	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Falta de condição clínica do paciente para realização do procedimento	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, PETomografia ComputadorizadaT, Anatomopatológico (nem todos são necessários)	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico ¹	8C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ¹	11C
3.07.32.22-0	Ressecção de tumor ósseo e/ou de partes moles com rotação de retalho	13C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE PARCIAL DE QUADRIL BIPOLAR (CABEÇA INTERCAMBIÁVEL) CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO, EM AÇO + 01 CENTRALIZADOR + 01 RESTRITOR DE CIMENTO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO BIPOLAR EM AÇO E 01 DOSE DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA CERAMICA X CERAMICA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO NÃO CIMENTADO + 03 PARAFUSOS, 01 COMPONENTE ACETABULAR CERAMICO, 01 COMPONENTE FEMURAL METÁLICO NÃO CIMENTADO E 01 COMPONENTE CEFÁLICO CERAMICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA I (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO + 01 CENTRALIZADOR + 01 RESTRITOR DE CIMENTO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO + 01 COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO EM AÇO + 01 COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO UHMW PARA COMPONENTE ACETABULAR METALICO + 03 PARAFUSOS PARA COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO EM AÇO E 01 DOSE DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL MODULAR NÃO CIMENTADO PRIMÁRIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO + 01 COMPONENTE ACETABULAR METALICO NÃO CIMENTADO + 01 COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE ACETABULAR METALICO + 03 PARAFUSOS PARA COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO EM TITANIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO, 01 COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO DE POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM ACETÁBULO CONSTRITO (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO PRIMÁRIO EM TITANIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO METALICO + 01 COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO EM TITANIO + 01 COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE ACETABULAR METALICO COM SISTEMA CONSTRITO + 03 PARAFUSOS PARA COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO + 01 ANEL DE REFORÇO ACETABULAR)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL HÍBRIDA COM ACETÁBULO CONSTRITO (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO EM TITANIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO + 01 COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO EM TITANIO + 01 COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE ACETABULAR METALICO COM SISTEMA CONSTRITO + 03 PARAFUSOS PARA COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO EM TITANIO + 01 ANEL DE REFORÇO ACETABULAR EM AÇO + 01 DOSE DE CIMENTO)	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1 a 3
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1 a 3
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	1 a 5

CONJUNTO PLACA DCS/RICHARDS DE 95° - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO + PINO DESLIZANTE + CONTRA PINO EM AÇO	1
CONJUNTO PLACA DHS/RICHARDS DE 135 A 150 GRAUS - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO + PINO DESLIZANTE + CONTRA PINO EM AÇO	1
PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm	1
PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA/LARGA) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO 4,5mm	1
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR MACIÇA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
HASTE FEMORAL LONGA COM BLOQUEIO CEFÁLICO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR CANULADA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
HASTE INTRAMEDULAR PARA FÊMUR CANULADA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - COM BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL	1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL	
SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (TPN)	1
ENXERTO HOMÓLOGO DE BANCO DE TECIDOS	Suficiente para a área
☒ Internação	UTI 2 dia(s) Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente indefinidamente. O tempo de seguimento varia na dependência do diagnóstico anatomopatológico do tumor que acomete o osso.
☒ Rastreabilidade	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Implantes utilizados nas reconstruções dos tumores ósseos devem ser de preferência em titânio ou fibra de carbono, pois interferem menos nos exames de imagem e na radioterapia. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si OPMEs (A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.39 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO FÊMUR PROXIMAL E DA DIÁFISE DO FÊMUR - MINIMAMENTE INVASIVO	
Descrição do procedimento	Tratamento de tumores do fêmur proximal e diáfise com uso de técnicas minimamente invasivas como radiofrequência e crioterapia. Assim como infiltração de medicações, substitutos ósseos ou medula.	
CIDs do Procedimento	D16.2 C40.2 C76.5 C40.2 C90.0 C79.5	
Indicação	Tumores benignos, malignos ou metastáticos localizados no fêmur proximal e diáfise passíveis de tratamento minimamente invasivo. Maiores exemplos: osteoma osteoide, cisto ósseo simples, metástases	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Pacientes sem condição clínica de suportar o procedimento	
Exames da Indicação	Radiografia + Ressonância Magnética (mínimo), Tomografia Computadorizada, Cintilografia, Anatomopatológico, PETomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
4.08.13.03-7	Ablação percutânea de tumor ósseo (qualquer método)	10B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO	1 a 3
	AGULHA DE RADIOFREQUÊNCIA	1
	AGULHA DE CRIOTERAPIA	1
	FIO DE KIRSCHNER	2
	AGULHA DE BIÓPSIA ÓSSEA	2
	CERÂMICAS FOSFOCALCICAS INJETÁVEIS	Suficiente para preencher o defeito
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente de 2 a 10 anos. O tempo de seguimento vai variar na dependência do diagnóstico anatomopatológico do tumor	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	8.40 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO FÊMUR PROXIMAL E DIÁFISE DO FÊMUR - METASTÁTICOS E MIELOMA	
Descrição do procedimento	Tratamento de tumores de origem metastática e mieloma localizados no fêmur proximal e diáfise e substituição por próteses, próteses não convencionais, curetagem + cimentação.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C76.5 C90.0 C79.5	
Indicação	Tumores metastáticos ou mieloma localizados no fêmur proximal e na diáfise do fêmur causando dor ou risco de fratura, ou ossos fraturados	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Paciente sem condição clínica para suportar o trauma cirúrgico	
Exames da Indicação	Radiografia, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea, Angiografia, Anatomopatológico, PETomografia Computadorizada, Provas laboratoriais	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico ¹	8C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ¹	11C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO	1 a 3
	PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR PROXIMAL EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	HASTE CEFALOMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR PROXIMAL EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DE QUADRIL CIMENTADA OU NÃO CIMENTADA COM ACETÁBULO BIPOLAR	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DE QUADRIL CIMENTADA OU NÃO CIMENTADA COM ACETÁBULO TOTAL CIMENTADO OU PARAFUSADO, COM NÚCLEO ACETABULAR CONSTRITO OU NÃO CONSTRITO	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISÁRIA	1
	SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (TPN)	1
	BROCAS PARA DRILL DE ALTA VELOCIDADE	2
	PRÓTESE DE QUADRIL CONVENCIONAL CIMENTADA (TOTAL OU PARCIAL)	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	PRÓTESE DE QUADRIL CONVENCIONAL NÃO CIMENTADA (TOTAL OU PARCIAL)	1
	ENXERTO HOMÓLOGO DE BANCO DE TECIDOS	Suficiente para a área
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente indefinidamente. O tempo de seguimento varia na dependência do diagnóstico anatomopatológico do tumor primário.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.41 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA DIÁFISE DO FÊMUR - BENIGNOS PRIMÁRIOS	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores benignos primários da diáfise do fêmur proximal e substituição por próteses, próteses não convencionais, enxerto autólogo convencional, enxerto homólogo e combinação de técnicas	
CIDs do Procedimento	D16.2	
Indicação	Tumores malignos localizados na diáfise do fêmur e que podem se estender para o fêmur proximal e fêmur distal	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia + Ressonância Magnética = Mínimo, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico ¹	8C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ¹	11C
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ¹	10B
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM OU SEM ANTIBIOTICO	1 a 3
	PLACA BLOQUEADA PARA FÊMUR DISTAL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR MACIÇA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	ENXERTO DE VIDRO BIOATIVO PUTTY E/OU GRANULOS	1
☒ Internação	UTI dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial para controle clínico e radiográfico a cada trimestre no 1º ano, considerando que há risco de recidiva local.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Pode haver necessidade de biópsia prévia. Planejar reabilitação fisioterápica. Possível uso de placa ou haste intramedular.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.42 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA DIÁFISE DO FÊMUR - MALIGNOS PRIMÁRIOS	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores malignos primários da diáfise do fêmur proximal e substituição por próteses, próteses não convencionais, enxerto autólogo convencional ou reciclado, enxerto homólogo e combinação de técnicas	
CIDs do Procedimento	C40.2 C76.5	
Indicação	Tumores malignos localizados na diáfise do fêmur e que podem se estender para o fêmur proximal e fêmur distal	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Falta de condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia + Ressonância Magnética = Mínimo, Tomografia Computadorizada, Cintilografia Óssea, PETomografia ComputadorizadaT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico ¹	8C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ¹	11C
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ¹	10B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM OU SEM ANTIBIOTICO	1 a 3
	PARAFUSO PARA COMPONENTE ACETABULAR OU REFORÇO ACETABULAR PARA REVISÃO QUADRIL EM TITÂNIO	1 a 3
	PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA/LARGA) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO 4,5mm	1 a 3
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR MACIÇA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	1
	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CROSSLINKED PARA COMPONENTE ACETABULAR METALICO PARA REVISÃO DE QUADRIL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	COMPONENTE ACETABULAR DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA PARA REVISÃO DE QUADRIL EM TITÂNIO	1
	SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (TPN)	1
	BROCAS PARA DRILL DE ALTA VELOCIDADE	2
	ENXERTO HOMÓLOGO DE BANCO DE TECIDOS	Suficiente para a área
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente indefinidamente.	
☒ Rastreabilidade		

Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS
	O tempo de seguimento pode variar na dependência do diagnóstico anatomopatológico do tumor, por serem reconstruções complexas vão necessitar de seguimento devido a necessidade de monitoramento das condições da reconstrução, com alta taxa de falência em 10 anos
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si
	OPMEs
	(¹) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.43 — RESSECÇÃO DE TUMORES DA DIÁFISE DO FÊMUR - PRIMÁRIOS OU METASTÁTICOS	
Descrição do procedimento	Tratamento dos tumores ósseos primários (benignos, intermediários e malignos) ou metastáticos da diáfise do fêmur. Tumores de partes moles que invadem a diáfise do fêmur	
CIDs do Procedimento	C40.2 D16.2 C90.0 C76.5 C79.5 C49.2 D48.0	
Indicação	Tumores de qualquer origem que acometem a diáfise do fêmur (distal ao pequeno trocanter).	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Falta de condição clínica do paciente para realização do procedimento	
Exames da Indicação	Radiografia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cintilografia óssea, PETomografia ComputadorizadaT, Anatomopatológico (nem todos são necessários)	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	8C
3.07.24.08-2	Artroplastia parcial do quadril (tipo Thompson ou qualquer técnica) - tratamento cirúrgico ³	8C
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ³	11C
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ³	10B
3.07.32.22-0	Ressecção de tumor ósseo e/ou de partes moles com rotação de retalho	13C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
KIT PRÓTESE PARCIAL DE QUADRIL BIPOLAR (CABEÇA INTERCAMBIÁVEL) CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO, EM AÇO + 01 CENTRALIZADOR + 01 RESTRITOR DE CIMENTO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO BIPOLAR EM AÇO E 01 DOSE DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)		1
KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL NÃO CIMENTADA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL MODULAR NÃO CIMENTADO PRIMÁRIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO + 01 COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO NÃO CIMENTADO + 01 COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO + 03 PARAFUSOS PARA COMPONENTE ACETABULAR NÃO CIMENTADO)		1
KIT PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO PRIMÁRIO EM TITÂNIO + 01 COMPONENTE CEFÁLICO EM AÇO, 01 COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO DE POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO SEM ANTIBIÓTICO)		1
CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO		1 a 3
CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO		1 a 3
ENXERTO ÓSSEO A BASE DE VIDROBIOATIVO OU CERAMICA FOSFO CALCICA.		1 a 3
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL		1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL		1
PLACA BLOQUEADA RETA EM - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm		1
PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 3,5mm		1
PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm		1
PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA/LARGA) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO 4,5mm		1
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR MACIÇA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		1
HASTE FEMORAL LONGA COM BLOQUEIO CEFÁLICO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		1
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR CANULADA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		1
HASTE INTRAMEDULAR PARA FÊMUR CANULADA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO COM BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL		1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL		1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL		1
PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL		1
SISTEMA DE TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA (TPN)		1
ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO		Variável

ENXERTO HOMÓLOGO DE BANCO DE TECIDOS		Suficiente para a área
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente indefinidamente. O tempo de seguimento varia na dependência do diagnóstico anatomopatológico do tumor que acomete o osso.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	Implantes utilizados nas reconstruções dos tumores ósseos devem ser de preferência em titânio ou fibra de carbono, pois interferem menos nos exames de imagem e na radioterapia.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	
	(²) Códigos excludentes entre si	
	(³) Na reconstrução após a resseção tumores diafisários do fêmur pode ser necessária a realização de artoplastias de quadril e de joelho se o segmento ósseo remanescente do fêmur (proximal ou distal) for pequeno e não oferecer suporte mecânico às reconstruções diafisárias.	
	OPMEs	
	(ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.44 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DO FÊMUR DISTAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem o fêmur distal com indicação de curetagem ou ressecção ampla (em bloco). Pode ser necessária reconstrução do defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese, associada ou não a próteses convencionais ou não convencionais. Pode ser necessária reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	D16.0 D48.0 C40.0 C79.5 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos que acometem a região do fêmur distal.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Risco cirurgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE FEMUR DISTAL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável

	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 A 4
	HASTE INTRAMEDULAR DE FEMUR - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	FIXADOR EXTERNO	Variável
☒ Internação	UTI 0 A 1 dia(s)	Quarto 1 a 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A depender da técnica empregada na ressecção tumoral e reconstrução dos defeitos ósseos ou de partes moles, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente.	
	OBS 2: A osteossíntese com implantes de carbono são especialmente utilizados em reconstrução após ressecção de tumores ósseos para aprimorar o seguimento pós-operatório, dada a otimização atingida nos exames de imagem, com redução de artefatos.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. ⁽²⁾ Códigos excludentes entre si ⁽³⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁴⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁵⁾ Códigos excludentes entre si	
	OPMEs ^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.45 — RESSECÇÃO DE TUMORES ÓSSEOS DO FÊMUR DISTAL - BENIGNOS	
Descrição do procedimento	Os tumores ósseos benignos que acometem o fêmur distal são formações anormais de tecido ósseo que não possuem comportamento maligno, ou seja, não invadem outros tecidos nem geram metástases. No entanto, podem causar sintomas locais e, em alguns casos, comprometer a funcionalidade do osso.	
CIDs do Procedimento	D16.2 A24.0 C51.0	
Indicação	Tumores ósseos benignos que acometem a região epifisária e metafisária distal do fêmur	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.26.02-6	Artrodese de joelho - tratamento cirúrgico ⁴	8A
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ⁴	10B
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico ⁴	9C
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.25.23-2	Fixação externa definitiva rígida, com fixador externo	11C
3.07.38.01-6	Sinovectomia total ⁵	10C
3.07.38.02-4	Sinovectomia parcial e/ou remoção de corpos livres ⁵	9C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁶	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁶	6A
3.14.03.23-9	Microneurólise única	6A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE JOELHO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE JOELHO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PARA CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES ORTOPÉDICAS	2
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	CIMENTO ORTOPEDICO C/ ANTIBIÓTICO	1 ou 2
	CIMENTO ORTOPEDICO S/ ANTIBIÓTICO	1 ou 2

OPMEs ^A	ENXERTO ÓSSEO A BASE DE BIOVIDRO 10CC	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO E PARAFUSOS DE BLOQUEIO EM TITANIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA PARA FÊMUR DISTAL EM FIBRA DE CARBONO OU TITANIO	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,0 A 6,5mm EM TITÂNIO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS C/ AGULHA	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	PRÓTESE TOTAL DE JOELHO NÃO CIMENTADA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadio	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos por similaridade, excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.46 — RESSECÇÃO DE TUMORES ÓSSEOS DO FÊMUR DISTAL - MALIGNOS	
Descrição do procedimento	A ressecção de tumores ósseos malignos do fêmur distal é uma cirurgia complexa e de alta especialização, geralmente realizada em casos de sarcoma ósseo (como osteossarcoma ou sarcoma de Ewing). O objetivo principal é remover o tumor completamente, preservando a função do membro, sempre que possível.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C41 C76 C79	
Indicação	Tumores ósseos malignos do fêmur distal	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Presença de infecção local ou sistêmica ativa ou recente + instabilidade clínica	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.13-1	Ressecção simples de tumor ósseo	10B
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.26.02-6	Artrodese de joelho - tratamento cirúrgico ⁴	8A
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ⁴	10B
3.07.26.25-5	Revisões de artroplastia total - tratamento cirúrgico ⁴	9C
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.38.01-6	Sinovectomia total ⁵	10C
3.07.38.02-4	Sinovectomia parcial e/ou remoção de corpos livres ⁵	9C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁶	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁶	6A
3.14.03.23-9	Microneurólise única	6A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	KIT PRÓTESE TOTAL DE JOELHO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PRÓTESE TOTAL DE JOELHO CIMENTADA PRIMÁRIA (COMPOSTO POR: 01 COMPONENTE FEMURAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM AÇO, 01 COMPONENTE TIBIAL EM POLIETILENO, 01 COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO E 02 DOSES DE CIMENTO IMPORTADO SEM ANTIBIÓTICO)	1
	KIT PARA CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES ORTOPÉDICAS	1
	LÂMINA DE SERRA	1
	DRILL CIRÚRGICO	1
	CIMENTO ORTOPEDICO C/ ANTIBIÓTICO	2
	CIMENTO ORTOPEDICO S/ ANTIBIÓTICO	2
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO E PARAFUSOS DE BLOQUIO EM TITÂNIO	Variável
	PLACA BLOQUEADA PARA FÊMUR DISTAL EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 4,5mm TITÂNIO	Variável

	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 6,0 A 6,5mm EM TITÂNIO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	1
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL	1
	FIO DE SUTURA DE ALTA RESISTÊNCIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS C/ AGULHA	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - EM FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	PRÓTESE TOTAL DE JOELHO NÃO CIMENTADA	1
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno no 7º, 14º e 30º dias, no 2º, 3º, 6º e 12º meses, anualmente. O tempo de seguimento dependerá do diagnóstico anatomopatológico e do estadio	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos por similaridade, excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.47 — AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DA COXA - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da coxa ou transfemoral ou suprapatelar.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.03-8	Amputação ao nível da coxa - tratamento cirúrgico	10A
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR PARA AMPUTAÇÃO	1
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
☒ Internação⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a

nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.48 — REVISÃO DE PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DE FÊMUR E/OU TÍBIA	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico de revisão de prótese não convencional de fêmur e/ou tíbia por soltura asséptica, séptica, complicação mecânica, instabilidade ou fratura periprotética, na ausência de tumor residual. Comumente, esses implantes envolvem a articulação coxo-femoral ou a articulação do joelho, mas não necessariamente. Pode ser necessária a troca de um ou mais componentes. Pode ser necessário o tratamento de infecção de partes moles ou óssea. Pode ser necessária a reconstrução de defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese. Pode ser necessária a reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	T84.3 T84.5 S72.0 S72.2 S72.3 S72.4 S82.1 S82.2 S82.3	
Indicação	Complicações associadas a próteses não convencionais do fêmur e/ou tíbia	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.26-3	Revisão cirúrgica de endoprótese não convencional	13C
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico	6A
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado	13C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão	4C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas¹	8B
3.07.25.15-1	Pseudartroses - tratamento cirúrgico	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE ÚMERO (MODELOS VARIADOS) - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	FIO DE CERCLAGEM	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	Variável
	FIXADOR EXTERNO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1

	SERRA DE GIGLI	1
	ESPAÇADOR DE FÊMUR E/OU TÍBIA	Variável
☒ Internação	UTI 0 A 2 dia(s)	Quarto 3 A 10 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A depender da extensão da lesão e do defeito ósseo existente, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.49 — DESARTICULAÇÃO DE JOELHO - TRATAMENTO CIRÚRGICO		
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da articulação do joelho.		
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4		
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.		
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.26.06-9	Desarticulação de joelho - tratamento cirúrgico		8B
3.14.03.23-9	Microneurólise única¹		6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas¹		8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca		9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica		10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)²		5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos³		9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral		10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico		4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo⁴		5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutêno⁵		10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região⁵		8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)⁵		9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância⁵		9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial⁵		9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos⁵		9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares⁵		9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo⁵		8A
OPMEs	Descrição		Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^		1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g		1 a 3
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		5
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR PARA AMPUTAÇÃO		1
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA		1
	SERRA DE GIGLI		1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO		1 a 4
Internação⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Depende do diagnóstico		
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução		
Rastreabilidade			

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a

nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.50 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA TIBIA PROXIMAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem a tibia proximal com indicação de curetagem ou ressecção ampla (em bloco). Pode ser necessária reconstrução do defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese, associada ou não a próteses convencionais ou não convencionais. Pode ser necessária reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	D16.2 D48.0 C40.2 C79.5 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos que acometem a região da tibia proximal (epífise e metáfise).	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Risco cirurgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	Variável
	PRÓTESE CONVENCIONAL DE JOELHO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável

	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	FIXADOR EXTERNO	Variável
☒ Internação	UTI 0 A 1 dia(s)	Quarto 1 a 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A depender da técnica empregada na ressecção tumoral e reconstrução dos defeitos ósseos ou de partes moles, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente.	
	OBS 2: A osteossíntese com implantes de carbono são especialmente utilizados em reconstrução após ressecção de tumores ósseos para aprimorar o seguimento pós-operatório, dada a otimização atingida nos exames de imagem, com redução de artefatos.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. ⁽²⁾ Códigos excludentes entre si ⁽³⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁴⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁵⁾ Códigos excludentes entre si	
	OPMEs	
	^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.51 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA TIBIA EM DIÁFISE	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem a diáfise da tibia com indicação de curetagem ou ressecção ampla (em bloco). Pode ser necessária reconstrução do defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese, associada ou não a próteses convencionais ou não convencionais. Pode ser necessária reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	D16.2 D48.0 C40.2 C79.5 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos que acometem a região da tibia em diáfise.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Risco cirúrgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame Físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA UMERAL/TIBIAL/FEMURAL	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável

	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	FIXADOR EXTERNO	Variável
☒ Internação	UTI 0 A 1 dia(s)	Quarto 1 A 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: A depender da técnica empregada na ressecção tumoral e reconstrução dos defeitos ósseos ou de partes moles, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente.	
	OBS 2: A osteossíntese com implantes de carbono são especialmente utilizados em reconstrução após ressecção de tumores ósseos para aprimorar o seguimento pós-operatório, dada a otimização atingida nos exames de imagem, com redução de artefatos.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Códigos excludentes entre si (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si	
	OPMEs (ª) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.52 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES DA TIBIA DISTAL	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumores ósseos benignos ou malignos que acometem a tibia distal com indicação de curetagem ou ressecção ampla (em bloco). Pode ser necessária reconstrução do defeito ósseo através de substitutos ósseos, cimento ortopédico, enxerto autólogo/homólogo/heterólogo/microcirúrgico, associada ou não à osteossíntese, associada ou não a próteses convencionais ou não convencionais. Pode ser necessária reconstrução do defeito de partes moles com retalhos locais, enxertos ou microcirurgia. Pode ser necessária a exploração de feixe vaso-nervoso.	
CIDs do Procedimento	D16.2 D48.0 C40.2 C79.5 C90.0	
Indicação	Tumores ósseos que acometem a região da tibia distal.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Risco cirurgico proibitivo	
Exames da Indicação	Exame físico, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.03-4	Ressecção da lesão com cimentação e osteossíntese	9A
3.07.32.09-3	Tumor ósseo (ressecção e artrodese) ²	11B
3.07.32.12-3	Tumor ósseo (ressecção segmentar) ²	12C
3.07.32.08-5	Tumor ósseo (ressecção com substituição) ²	9A
3.07.32.28-0	Tratamento de recidiva de tumor ósseo no esqueleto apendicular	13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto ³	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ³	11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ³	13C
3.07.13.07-2	Retirada de enxerto ósseo	3B
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁴	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁴	6A
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁵	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁵	8B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos	9A
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	Variável
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	Variável
	PLACA BLOQUEADA DE TIBIA DISTAL - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	Variável
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 1g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 5g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10g	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO GRANULADO	Variável
	ENXERTO ÓSSEO VIDRO BIOATIVO PASTA	Variável
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	Variável
	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	Variável
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	Variável
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	Variável
	CARREADORES DE ANTIBIÓTICO	Variável
	HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável

	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	Variável
	FIXADOR EXTERNO	Variável
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 A 4
☒ Internação	UTI 0 A 1 dia(s)	Quarto 1 a 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial com retornos segundo protocolos clínicos	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: A depender da técnica empregada na ressecção tumoral e reconstrução dos defeitos ósseos ou de partes moles, um ou mais códigos CBHPM podem ser empregados diferentemente.	
	OBS 2: A osteossíntese com implantes de carbono são especialmente utilizados em reconstrução após ressecção de tumores ósseos para aprimorar o seguimento pós-operatório, dada a otimização atingida nos exames de imagem, com redução de artefatos.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	⁽¹⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. ⁽²⁾ Códigos excludentes entre si ⁽³⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁴⁾ Códigos excludentes entre si ⁽⁵⁾ Códigos excludentes entre si	
	OPMEs	
	^(A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.	

Nome do Procedimento	8.53 — AMPUTAÇÃO DE PERNA - TRATAMENTO CIRÚRGICO		
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da perna ou transtibial ou infrapatelar.		
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4		
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.		
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.27.04-9	Amputação de perna - tratamento cirúrgico		7C
3.14.03.23-9	Microneurólise única¹		6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas¹		8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca		9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica		10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)²		5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos³		9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral		10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico		4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo⁴		5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutêno⁵		10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região⁵		8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio)⁵		9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância⁵		9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial⁵		9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos⁵		9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares⁵		9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo⁵		8A
OPMEs	Descrição		Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^		1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g		1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA		1
	SERRA DE GIGLI		1
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		5
Internação⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Depende do diagnóstico		
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução		
Rastreabilidade			

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

- (¹) Códigos excludentes entre si
- (²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos
- (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos
- (⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.
- (⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

- (⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.
- (⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

- (^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.54 — AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um membro ou parte dele no nível da articulação do tornozelo, da porção distal da tíbia (tipo Syme)	
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.01-0	Amputação ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	8A
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
☒ Internação⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos

(³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.55 — AMPUTAÇÃO AO NÍVEL DO PÉ - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação do pé total ou parcialmente no nível do tarso ou metatarso incluídas as desarticulações de Chopart e Lisfranc e a amputação com reconstrução tipo Pirogoff.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes ou o procedimento tem o potencial de salvar a vida do paciente.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.01-7	Amputação ao nível do pé - tratamento cirúrgico	9B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.07.28.04-5	Artrodese ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico ⁵	10C
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico ⁵	10C
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁶	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁶	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁶	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁶	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁶	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁶	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁶	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁶	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	PARAFUSO CANULADO 7,0mm AÇO	2
	FIXADOR DINÂMICO PARA MÃO OU PE EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV EM AÇO COMPLETO	1
	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO EM AÇO COMPLETO	1
	SERRA DE GIGLI	1
	PLACA CONDILEA DE 4,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
☒ Internação⁷	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) A amputação de Pirogoff inclui procedimento de artrodese além da amputação e os implantes de fixação do Calcâneo à Tíbia por fixação interna ou externa.

(⁶) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁷) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁸) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção.

Nome do Procedimento	8.56 — RESSECÇÃO EM BLOCO DOS OSSOS DO PÉ	
Descrição do procedimento	Abordagem ampliada do segmento, com o intuito de obtenção de margens cirúrgicas livres de neoplasia. O procedimento pode ser precedido pela retirada de enxerto autólogo.	
CIDs do Procedimento	C40.0 C41.8 C41.9 C79.5 D48.0 C90.0	
Indicação	Tratamento das neoplasias malignas ou as de comportamento incerto (que exigem abordagem mais ampla) localizadas nos ossos do pé. O procedimento pode ser aplicado às recidivas tumorais.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Instabilidade clínica, vigência de infecção local e/ou sistêmica.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Mapeamento ósseo	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo ¹	10A
3.07.32.15-8	Curetagem ou ressecção em bloco + endoprótese em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado ¹	13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo ¹	13C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado ²	13C
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado ²	11C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
3.07.29.06-8	Biópsia cirúrgica dos ossos do pé	5A
3.07.23.08-6	Osteotomias/artrodeses - tratamento cirúrgico ³	9A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões ⁴	3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões ⁴	4C
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão ⁵	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico ⁵	6A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões	4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única ⁶	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ⁶	8B
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO COM ANTIBIOTICO	1
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO	1
	PLACA PARA CALCANEIO - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PLACA BLOQUEADA PARA CALCANEIO 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PARAFUSO ÂNCORA BIOABSORVÍVEL MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA	3
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	2
	PLACA EM L/T 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	2
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	12
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE 2,0-2,7mm TITÂNIO	12
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO	6
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO	6
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO	4
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO	4
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	10
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm TITÂNIO S/ BLOQUEIO	10
	IMPLANTE CUSTOMIZADO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	

Seguimento	Na dependência do tipo histológico abordado
☒ Rastreabilidade	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si (³) Código por similaridade (⁴) Códigos excludentes entre si (⁵) Códigos excludentes entre si (⁶) Códigos excludentes entre si OPMEs (^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.57 — RESSECÇÃO INTRALESIONAL NOS OSSOS DO PÉ		
Descrição do procedimento	Abordagem intralesional da neoplasia, podendo ser seguida de adjuvância local e/ou substituição do defeito criado. O procedimento pode ser precedido pela retirada de enxerto autólogo.		
CIDs do Procedimento	D16.2 D16.3 D16.9 D40.0 C79.5 C40.9 C41.8 C41.9 C90.0		
Indicação	Tratamento das neoplasias benignas, ou de comportamento incerto, ou ainda as de baixo grau (quando passível de abordagem intralesional) localizadas nos ossos do pé e que mantenham a anatomia do segmento a ser abordado. Abordagem das lesões metastáticas que mantenham a anatomia do segmento. O procedimento pode ser aplicado às recidivas tumorais.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Instabilidade clínica, vigência de infecção local e/ou sistêmica.		
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou Mapeamento ósseo		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.32.11-5	Curetagem ou ressecção em bloco + autoenxerto em tumor ósseo¹		13C
3.07.32.10-7	Curetagem ou ressecção em bloco + cimentação em tumor ósseo¹		10A
3.07.32.01-8	Curetagem ou ressecção em bloco + enxerto ósseo vascularizado¹		13C
3.07.32.16-6	Curetagem ou ressecção em bloco + haloenxerto em tumor ósseo¹		13C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo		9B
3.07.32.24-7	Revisão cirúrgica com utilização autoenxerto não vascularizado²		11C
3.07.32.23-9	Revisão cirúrgica com autoenxerto vascularizado²		13C
3.07.32.25-5	Revisão cirúrgica com utilização de aloenxerto²		13C
3.07.29.06-8	Biópsia cirúrgica dos ossos do pé		5A
3.07.23.08-6	Osteotomias/artrodeses - tratamento cirúrgico³		9A
3.07.31.20-8	Tenotomia		5B
3.07.31.16-0	Tenorrafia única em outras regiões⁴		3C
3.07.31.13-5	Tenorrafia múltipla em outras regiões⁴		4C
3.14.03.23-9	Microneurólise única⁵		6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas⁵		8B
3.07.35.15-7	Neurólise³		11A
3.07.35.10-6	Capsulotomia³		10C
3.07.30.11-2	Miorrafias		3C
OPMEs ^A	Descrição		Quantidade
	CIMENTO ORTOPEDICO S/ ANTIBIÓTICO		1
	CIMENTO ORTOPEDICO C/ ANTIBIÓTICO		1
	ENXERTO CERAMICO A BASE DE VIDRO BIOATIVO OU FOSFOCALCICO		Variável
	PLACA BLOQUEADA PARA CALCANEIO 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO		1
	PARAFUSO ANCORA EM TITÂNIO MONTADO EM DOIS FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA		3
	FIO DE KIRSCHNNER LISO EM AÇO		5
	PLACA SEMITUBULAR 1/3 DE TUBO 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		2
	PLACA EM L/T 2,7mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS		2
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO		12
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 2,0-2,7mm TITÂNIO		12
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM AÇO		6
	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0mm EM TITÂNIO		6
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm AÇO		4
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO		4
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO		10
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO		10
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO		10
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Na dependência do tipo histológico abordado		

 Rastreabilidade	
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Códigos excludentes entre si
	(³) Códigos por similaridade
	(⁴) Códigos excludentes entre si
	(⁵) Códigos excludentes entre si
	OPMEs
	(^A) A técnica empregada servirá como balizador dos materiais OPME utilizados.

Nome do Procedimento	8.58 — AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE PODODÁCTILOS (POR SEGMENTO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Ablação ou extirpação de um ou mais artelhos ou parte deles no nível das articulações metatarso-falangeanas, interfalangeanas, ou através das falanges.	
CIDs do Procedimento	C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4	
Indicação	Tratamento de neoplasia, infecção, deformidade congênita grave, sequela de traumatismo ou complicação insolúvel de tratamento prévio quando a preservação do membro é impossível ou as medidas alternativas são ineficazes.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Condições clínicas deterioradas em que o benefício da cirurgia é menor que o risco de morte.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.29.02-5	Amputação/desarticulação de pododáctilos (por segmento) - tratamento cirúrgico	7B
3.14.03.23-9	Microneurólise única ¹	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ¹	8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ²	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos ³	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo ⁴	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ⁵	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ⁵	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ⁵	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ⁵	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ⁵	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ⁵	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ⁵	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ⁵	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	CIMENTO ORTOPÉDICO S/ ANTIBIOTICO ^A	1
	ENXERTO OSSEO INORGANICO GRANULADO 10g	1 a 3
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	SERRA DE GIGLI	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	5
☒ Internação ⁶	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução.	
☒ Rastreabilidade		

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos excludentes entre si

(²) Dissecções de nervos (neurólises) podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a nervos (³) Dissecção de vasos podem ser necessárias para remoção de neoplasias aderidas a vasos

(⁴) É comum a associação da amputação com fixação da musculatura ao osso (miodese) ou a grupos musculares antagonistas (mioplastia) que pode demandar transferência muscular ou tendinosa.

(⁵) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

SOBRE INTERNAÇÃO E MATERIAIS

(⁶) O tempo de internação depende das condições clínicas do paciente.

(⁷) Perfurador e brocas são usados para miodese (fixação da musculatura no coto ósseo).

OPMEs

(^A) Cimento ósseo ou enxerto ósseo inorgânico impregnados em antibióticos podem ser usados para controle de infecção

Nome do Procedimento	8.59 — AMPUTAÇÃO E RECONSTRUÇÃO COM PRÓTESE OSTEOINTEGRADA	
Descrição do procedimento	Reconstrução do coto de amputação com prótese intramedular transcutânea para adaptação de prótese externa.	
CIDs do Procedimento	T93.5 Y83.5 S88.0 S88.1 S78.0 S78.1 S78.9	
Indicação	Má adaptação de prótese com soquete em amputação transfemoral ou transtibial ou indicação primária em amputações nesses níveis.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Coto ósseo curto, risco aumentado de infecção por doenças ou medicações, paciente com incapacidade de realizar cuidados, más condições do coto.	
Exames da Indicação	Radiografia, Radiografia Panorâmica de MMII, Tomografia Computadorizada MMII, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.03-8	Amputação ao nível da coxa - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.28.01-0	Amputação ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.27.04-9	Amputação de perna - tratamento cirúrgico ¹	7C
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ²	11C
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ²	10B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PRÓTESE OSTEOINTEGRADA PARA FÊMUR OU TÍBIA	1
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
	ADAPTADORES DA PRÓTESE INTEGRADA À PRÓTESE EXTERNA	1
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A prótese osteointegrada é uma alternativa ao encaixe tipo soquete de próteses externas em amputados dos membros inferiores. Pode ser realizada primariamente ou após má adaptação ao encaixe. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) O código do procedimento não é específico para a implantação da prótese sendo uma adaptação por similaridade.	

Nome do Procedimento	8.60 — AMPUTAÇÃO SEGMENTAR COM REDUÇÃO DO COMPRIMENTO DO MEMBRO	
Descrição do procedimento	Ressecção de segmento do membro portador de tumor em que o feixe vaso-nervoso está íntegro e é possível preservá-lo, seguida de reconstrução das extremidades e encurtamento do membro. Inclui a técnica de plástica rotacional (Van Ness)	
CIDs do Procedimento	C40.0 C40.1 C49.1 D16.0 D16.1 D21.1 D48.0 D48.1 C90 C43 C76.5 M84.4 C40.2 C40.3 C49.2 D16.2 D16.3 D21.2	
Indicação	Tumores dos membros superiores ou inferiores que não comprometem o feixe em que por razão de cobertura de partes moles é preferível encurtar o membro.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Comprometimento do feixe vascular e nervoso.	
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética e/ou AngioCT, Anatomopatológico	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.18.01-5	Amputação ao nível do braço - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.25.03-8	Amputação ao nível da coxa - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.26.06-9	Desarticulação de joelho - tratamento cirúrgico ¹	8B
3.07.27.04-9	Amputação de perna - tratamento cirúrgico ¹	7C
3.07.17.29-9	Pseudoartrose e/ou osteotomia do úmero proximal ¹	11A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico ¹	9B
3.07.27.08-1	Encurtamento dos ossos da perna - tratamento cirúrgico	8A
3.14.03.23-9	Microneurólise única ²	6A
3.14.03.22-0	Microneurólise múltiplas ²	8B
3.09.14.04-3	Linfadenectomia inguinal ou ilíaca	9B
3.09.14.06-0	Linfadenectomia pélvica	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.09.10.09-9	Exploração vascular em traumas de outros segmentos	9C
3.09.10.12-9	Lesões vasculares de membro inferior ou superior - unilateral	10B
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonose - tratamento cirúrgico	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.30.11-2	Miorrafias	3C
3.01.01.47-6	Exérese de tumor e rotação de retalho músculo-cutâneo	5B
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo ³	10A
3.01.01.52-2	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - excisão e retalhos cutâneos da região ³	8B
3.01.01.53-0	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e emprego de retalhos cutâneos ou musculares cruzados (por estágio) ³	9B
3.01.01.54-9	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e retalhos cutâneos à distância ³	9B
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo ou axial ³	9B
3.01.01.56-5	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos miocutâneos ³	9A
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e rotação de retalhos musculares ³	9A
3.01.01.58-1	Extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores - exérese e enxerto cutâneo ³	8A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA PARA UMBRO PROXIMAL 3,5mm - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO	1
	PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 4,5mm ESTREITA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - FIBRA DE CARBONO OU TITÂNIO - 4,5mm	1
	ESFERAS EM SULFATO DE CÁLCIO CARREADORAS DE ANTIBIOTICO	1 a 4
	PINÇA SELADORA DE VASOS OU ULTRASSÔNICA	1
☒ Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 10 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial com retorno na 1ª e 2ª semanas do PO, no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses do PO. Anualmente até 10 anos do PO. Na dependência do tipo histológico e da complexidade da reconstrução	
☒ Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

O procedimento inclui a amputação segmentar de porção do membro e a reconstrução óssea e de partes moles. A amputação pode demandar dissecação de nervos e vasos.

Comentários**SOBRE AS CODIFICAÇÕES**

(¹) A critério médico conforme região anatômica acometida pelo tumor, técnica e achados clínicos.

(²) Códigos excludentes entre si

(³) Dependendo do acometimento da pele pelo tumor pode ser necessário associar a amputação/desarticulação a retalhos cutâneos, miofasciais ou combinações ou enxertos para cobertura cutânea. A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

Nome do Procedimento	9.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPIFISIÓLISE FEMORAL PROXIMAL - FIXAÇÃO IN SITU	
Descrição do procedimento	A epifisiólise femoral proximal é uma afecção ortopédica pediátrica caracterizada pelo deslizamento posteroinferior da epífise femoral capital em relação ao colo do fêmur, geralmente durante o surto de crescimento da puberdade. A fixação in situ com parafusos canulados é o tratamento cirúrgico padrão para casos estáveis, com o objetivo de interromper o deslocamento progressivo da epífise sem realizar sua redução forçada, minimizando o risco de necrose avascular da cabeça femoral.	
CIDs do Procedimento	M93.0	
Indicação	Epifisiólise femoral proximal (EFP)	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Alteração clínica que impeça a anestesia	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia ou ressonância (para deslizamentos menores ou pré deslizamento) podem ser necessários em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.14-7	Epifisiolistese proximal de fêmur (fixação "in situ") - tratamento cirúrgico	9A
OPMEs ¹	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO DE 4.5mm a 7.3mm	1
	FIO GUIA	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Revisão ambulatorial em 2 semanas, uso de muletas para carga protegida por 6 semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do tamanho do parafuso depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente e diâmetro do osso.	

Nome do Procedimento	9.2 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EPIFISIÓLISE FEMORAL PROXIMAL AGUDA INSTÁVEL - ABERTO	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico aberto da epifisiólise femoral proximal aguda instável com redução aberta associada a múltiplos procedimentos associados como osteotomia do grande trocanter, artrotomia, epifisiodesse, luxação controlada, reparo de lesões labrais, osteocondroplastia, osteotomia do colo femoral, fixação com parafusos, entre outros procedimentos, considerando a experiência do cirurgião, disponibilidade do material e particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	M93.0	
Indicação	Deslizamento agudo da epífise femoral com perda do suprimento sanguíneo na cabeça femoral, com risco elevado de necrose avascular	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Comorbidades que impeçam a anestesia/fechamento da placa de crescimento	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.24.10-4	Artrotomia coxo-femoral - tratamento cirúrgico	7B
3.07.24.13-9	Epifisiodesse com abaixamento do grande trocanter - tratamento cirúrgico	7C
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular¹	12B
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia¹	10C
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral¹	11B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO CANULADO (6.5mm a 7.3mm)	2
	PARAFUSO CORTICAL (3.5mm ou 4.5mm)	2
	ARRUELA DE PARAFUSO (3.5mm ou 4.5mm)	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por no mínimo 2 anos, devido ao risco de necrose da cabeça femoral e possíveis sequelas associadas, como impacto femoro-acetabular, condrólise e degeneração articular.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos de videoartroscopia, por similaridade.	
	OPMEs (^A) A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, experiência do cirurgião, estabilidade obtida com a fixação e técnica utilizada considerando as particularidades de cada caso.	

Nome do Procedimento	9.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SEQUELA DE EPIFISIÓLISE FEMORAL PROXIMAL - OSTEOTOMIA	
Descrição do procedimento	A osteotomia para tratamento da sequela de epifisiólise femoral proximal é indicada em casos de deformidade residual, limitação de mobilidade ou impacto femoroacetabular após o deslizamento epifisário. O procedimento consiste na realização de um corte ósseo no fêmur proximal para corrigir o eixo articular e melhorar a função do quadril. Múltiplos procedimentos associados podem ser necessários, como osteotomias femorais, artrotomia, osteocondroplastia, alongamento femoral, tratamento do impacto femoro-acetabular. A fixação é realizada com placas e parafusos ou hastes, sob controle radiográfico.	
CIDs do Procedimento	M93.0	
Indicação	Alterações anatômicas residuais que comprometem a função do quadril ou causam dor persistente	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Necrose da cabeça femoral/Condrólise	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
3.07.25.02-0	Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico	10A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.24.10-4	Artrotomia coxo-femoral - tratamento cirúrgico	7B
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral¹	11B
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular¹	12B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PLACA ANGULADA (LÂMINA) DE QUADRIL OU PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR PROXIMAL (3.5 a 5.0mm)	1
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5 OU 4.5mm	6
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE 3.5 OU 5.0mm	4
	SHAVER ÓSSEO 5.0mm	1
	BROCA DIAMANTADA ESFÉRICA	1
	ARRUELAS DE 3.5 OU 4.5mm	2
	FIOS DE KIRSCHNER 1.5/2.0mm	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial por no mínimo 6 meses, mas o período total de seguimento depende do grau de correção obtida, grau de degeneração articular, alívio do sintomas e possíveis sequelas. Sem carga por 6 semanas de PO, usando muletas.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Novos procedimentos podem ser necessários de acordo com a evolução e apesar do tratamento alguns pacientes evoluem com necessidade de artroplastia total de quadril no futuro.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Procedimentos de videoartroscopia, por similaridade.	
	OPMEs (^A) A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, experiência do cirurgião, estabilidade obtida com a fixação e técnica utilizada considerando as particularidades de cada caso.	

Nome do Procedimento	9.4 — OSTEOTOMIA DERROTATÓRIA E VARIZANTE QUADRIL		
Descrição do procedimento	Osteotomia derrotatória e varizante quadril para tratamento da subluxação ou luxação do quadril e/ou deformidades torcionais dos fêmur, com fixação cirúrgica com implantes e múltiplos procedimentos associados de acordo com as particularidades de cada caso.		
CIDs do Procedimento	G80.0 Q65.0		
Indicação	Pacientes com subluxação ou luxação do quadril e/ou deformidades torcionais do fêmur		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Degeneração articular grave, deformidade grave da epífise femoral e condições clínicas específicas do paciente		
Exames da Indicação	Radiografias		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico		9C
3.07.24.19-8	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico¹		11C
3.07.24.21-0	Luxação congênita de quadril (redução incruenta com ou sem tenotomia de adutores)¹		10A
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral		8A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo		7C
3.07.31.20-8	Tenotomia		5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.11.02-9	Membro inferior		1C
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia		2C
OPMEs	Descrição		Quantidade
	LÂMINA DE SERRA		1
Opção 1 ^A	PLACA DE QUADRIL PEDIÁTRICO LÂMINA 90° CANULADA COM OFF SET DE 0 A 14mm EM AÇO CIRÚRGICO		1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO		3
	PARAFUSOS CORTICAL		2
	FIOS GUIAS		2
	FIOS DE KIRSCHNER 2.0		2
Opção 2 ^B	PLACA DE FÊMUR PROXIMAL ANGULAR LPF		1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO		4
	PARAFUSO CORTICAL		2
	FIOS GUIAS		3
	FIOS DE KIRSCHNER 2.0		2
Internação	UTI 2 dia(s)		Quarto 7 dia(s)
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Depende do diagnóstico. Procedimento geralmente realizado em pacientes com necessidade de acompanhamento ambulatorial por toda a vida.		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	OBS 1: Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia		
	OBS 2: A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, experiência do cirurgião, qualidade óssea, idade do paciente e particularidades de cada caso.		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Procedimentos excludentes entre si.		
	OPMEs		
	(¹) Técnica Blade Plate (Placa em Lâmina)		
	(²) Técnica Locking Plate (Placa Bloqueada)		

Nome do Procedimento	9.5 — EPIFISIODESE DO FÊMUR PROXIMAL - COM TENOTOMIA	
Descrição do procedimento	Epifisiodesse de fêmur proximal para tratamento da luxação de quadril realizada com parafusos canulados, sob auxílio de intensificador de imagens e artrografia, associada ou não à tenotomias e outros procedimentos associados de acordo com as particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q65.0	
Indicação	Luxação/subluxação do quadril em pacientes com doenças neuromusculares	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Maturidade esquelética, degeneração articular grave, deformidade grave da epífise femoral e condições clínicas específicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.09-7	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico¹	7A
3.07.24.19-8	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico ²	11C
3.07.24.21-0	Luxação congênita de quadril (redução incruenta com ou sem tenotomia de adutores) ²	10A
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIO GUIA	2
	PARAFUSOS TRANSFISARIO	2
	CANULADO ROSCA TOTAL EM AÇO, DIÂMETROS ENTRE 4,5mm E 7mm, COMPRIMENTO ENTRE 50mm E 120mm	2
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Média	
Seguimento	Trata-se de procedimento geralmente realizado em pacientes com necessidade de acompanhamento ambulatorial por toda a vida (doenças neuromusculares).	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado por 2x quando bilateral. (²) Procedimentos excludentes entre si	

Nome do Procedimento	9.6 — EPIFISIODESE DO FÊMUR DISTAL	
Descrição do procedimento	A epifisiodesse do fêmur distal é um procedimento cirúrgico realizado para interromper temporariamente ou definitivamente o crescimento da fise (placa de crescimento) distal do fêmur. É indicada principalmente em casos de discrepância de comprimento dos membros inferiores ou deformidades angulares em crescimento. A cirurgia pode ser feita com técnicas de bloqueio mecânico (parafusos canulados, placas, grampos). O objetivo é equalizar o comprimento dos membros até a maturidade esquelética ou corrigir o eixo de crescimento.	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q05.0 M71.0	
Indicação	Discrepância de membros inferiores, contraturas em flexão dos joelhos, deformidades em varo ou valgo dos joelhos.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Maturidade esquelética	
Exames da Indicação	Radiografias	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.09-7	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico ¹	7A
3.07.26.04-2	Artrotomia - tratamento cirúrgico	7A
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
Placa em 8	PLACA EM 8 (POR JOELHO)	2
	PARAFUSOS CANULADOS DA PLACA (POR JOELHO)	4
	FIOS GUIA (POR JOELHO)	4
Parafusos Canulados	FIOS GUIAS (POR JOELHO)	2
	PARAFUSOS TRANSFISARIOS (POR JOELHO) CANULADOS ROSCA TOTAL - DIÂMETROS ENTRE 4,5mm E 7mm, COMPRIMENTO ENTRE 50mm E 120mm	2
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Geralmente até a maturidade esquelética.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado 2x quando bilateral. OPMEs (^A) A escolha do implante/OPME depende da idade do paciente, experiência do cirurgião, disponibilidade do implante, grau de deformidade e objetivos da correção.	

Nome do Procedimento	9.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE PERTHES - CONTENÇÃO NÃO ÓSSEA	
Descrição do procedimento	A contenção não óssea (sem osteotomia) na doença de Perthes trata-se de procedimentos que visam conter a epífise femoral no acetábulo para favorecer a remodelação óssea e minimizar a deformidade residual da cabeça femoral. Inúmeras técnicas cirúrgicas foram descritas com esse objtivo. Não há uma técnica considerada padrão ouro e a escolha do procedimento ou a associação dos procedimentos deve levar em conta a experiência do cirurgião e as particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	M91.1 M87.0 M25.6	
Indicação	Contratura em adução e dor relacionadas à Doença de Perthes ativa ou subluxação progressiva	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Fase de deformidade residual	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.10-4	Artrotomia coxo-femoral - tratamento cirúrgico	7B
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões¹	4C
2.01.03.14-0	Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal	4A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
3.07.12.05-0	Cruro-podálico	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	TOXINA BOTULÍNICA ^	Variável
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial no mínimo até a maturidade esquelética	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1(Medicamentos de uso comum): Corticosteróide² para infiltração	
	OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Comum² ou Sintético²	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	
OPMEs		
(¹) Varia de acordo com o peso do paciente e fabricante		

Nome do Procedimento	9.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE PERTHES - CONTENÇÃO ÓSSEA	
Descrição do procedimento	Contenção óssea (incluindo osteotomia) na doença de Perthes. Trata-se de procedimentos que visam conter a epífise femoral no acetábulo para favorecer a remodelação óssea e minimizar a deformidade residual da cabeça femoral. Inúmeras técnicas cirúrgicas foram descritas com esse objetivo. Não há uma técnica considerada padrão ouro e a escolha do procedimento ou a associação dos procedimentos deve levar em conta a experiência do cirurgião e as particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	M91.1 M87.0	
Indicação	Fases de necrose ou fragmentação, subluxação progressiva e piora clínica da abdução	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Fases de fragmentação tardia ou reossificação e residual	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.10-4	Artrotomia coxo-femoral - tratamento cirúrgico	7B
3.07.24.18-0	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral - tratamento cirúrgico	9C
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões ¹	4C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, "dial", etc.)	12A
3.07.24.24-4	Osteotomia supra-acetabular (Chiari, Pemberton, "dial", etc.)	11A
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular ²	12B
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral ²	11B
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	PLACA ANGULADA DE QUADRIL (LÂMINA) DE 3.5 OU 4.5mm ou PLACA BLOQUEADA DE QUADRIL PEDIÁTRICO DE 3.5 OU 5.0mm	1
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5 OU 4.5mm	6
	ARRUELAS DE 3.5 OU 4.5mm	2
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5mm EXTRALONGOS (MATERIAL PÉLVICO)	4
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE 3.5 OU 5.0mm	5
	SHAVER ÓSSEO DE 5.0mm	1
	BROCA DIAMANTADA ESFÉRICA	1
	FIOS DE KIRSCHNER DE 2.5mm	5
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial em 2 semanas, sem carga por 6 semanas	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Procedimentos de videoartroscopia, usados por similaridade OPMEs (^A) A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, experiência do cirurgião e técnica utilizada considerando as particularidades de cada caso.	

Nome do Procedimento	9.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE PERTHES - SEQUELA NO ADOLESCENTE	
Descrição do procedimento	Tratamento da sequele da Doença de Perthes incluindo as inúmeras técnicas descritas. Não há uma técnica considerada padrão ouro e a escolha do procedimento ou a associação dos procedimentos deve levar em conta a experiência do cirurgião, a variabilidade das apresentações e as particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	M91.1 M87.0 M25.6	
Indicação	Deformidades residuais após o processo de necrose e regeneração da cabeça femoral associada a dor, limitação funcional ou risco de artrose precoce	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Sinais de degeneração articular avançada	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular	12B
3.07.24.10-4	Artrotomia coxo-femoral - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico ¹	6A
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões ¹	4C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, "dial", etc.)	12A
3.07.24.24-4	Osteotomia supra-acetabulare (Chiari, Pemberton, "dial", etc)	11A
3.07.34.03-7	Condroplastia (com remoção de corpos livres) ²	8C
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral ²	11B
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia ²	10C
3.07.25.02-0	Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico	10A
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente	4C
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	PLACA ANGULADA DE QUADRIL DE 3.5mm OU 4.5mm (LÂMINA) ou PLACA BLOQUEADA DE QUADRIL PEDIÁTRICO DE 3.5 OU 5.0mm	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE 3.5 OU 5.0mm	4
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5 OU 4.5mm	6
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5mm EXTRALONGOS (MATERIAL PÉLVICO)	4
	ÂNCORAS PARA SUTURA LABRAL	3
	SHAVER ÓSSEO 5.0mm	1
	BROCA DIAMANTADA ESFÉRICA	1
	PARAFUSOS DE AUTOCOMPRESSÃO DE 3.0mm	3
	KIT MOSAICOPLASTIA	1
	MEMBRANA PARA TRANSPLANTE DE CONDROCITOS	1
	COLA DE FIBRINA	1
	AGULHA DE BIÓPSIA	1
☒ Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mínimo até maturidade esquelética e resolução dos sintomas. Carga zero, duas muletas por 6 semanas.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Procedimentos de videoartroscopia, usados por similaridade OPMEs (^A) A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, experiência do cirurgião e técnica utilizada considerando as particularidades de cada caso.	

Nome do Procedimento	9.10 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL	
Descrição do procedimento	Tratamento da instabilidade do quadril, displasia acetabular, variações da morfologia femoral, lesões do labrum acetabular e da cartilagem. Inúmeras técnicas foram descritas, não há uma técnica considerada padrão ouro e a escolha do procedimento ou a associação dos procedimentos deve levar em conta a experiência do cirurgião, a variabilidade das apresentações e as particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	Q65.1 Q65.2 Q65.3 Q65.4 Q65.5 Q65.6 Q65.8 Q65.0 Q65.9	
Indicação	Displasia do desenvolvimento do quadril	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecções ativas, anemia, artrose terminal do quadril	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia	10C
3.07.38.01-6	Sinovectomia total	10C
3.07.24.19-8	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico ¹	11C
3.07.24.20-1	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica simples) - tratamento cirúrgico ¹	10C
3.07.24.21-0	Luxação congênita de quadril (redução incruenta com ou sem tenotomia de adutores) ¹	10A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias/artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, etc.)	12A
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular	12B
3.07.35.16-5	Osteocondroplastia ^{2/3}	10A
3.07.36.04-8	Osteocondroplastia por via artroscópica ^{2/3}	10A
3.07.25.08-9	Encurtamento de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT PARA ARTROSCOPIA DE QUADRIL (COMPOSTO POR: 03 LÂMINAS PARA DEBRIDAMENTO (SHAVER) LONGAS: RETA, CURVA E BROCA, 01 PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO DE BOMBA + 03 CAPAS PARA VIDEOARTROSCÓPIO + 01 CANULA + 01 CAMPO OPERATÓRIO DESCARTAVEL COM COLETOR DE FLUIDOS).	1
	KIT MOSAICOPLASTIA	1
	PLACA ANGULADA DE QUADRIL DE 3.5mm OU 4.5mm (LÂMINA) ou PLACA BLOQUEADA DE QUADRIL PEDIÁTRICO DE 3.5 OU 5.0mm	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE 3.5 OU 5.0mm	4
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5 OU 4.5mm	6
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5mm EXTRALONGOS (MATERIAL PÉLVICO)	4
	ÂNCORAS PARA SUTURA LABRAL	3
	SHAVER ÓSSEO 5.0mm	1
	BROCA DIAMANTADA ESFÉRICA	1
	PARAFUSOS DE AUTOCOMPRESSÃO DE 3.0mm	3
	PINO DE SCHANZ	1
	PLACA DCP OU BLOQUEADA RETA 3,5/4,5mm	1
Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial até maturidade esquelética	
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS (Material para imobilização): Gesso Comum ou Sintético	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Procedimentos excludentes entre si. ⁽²⁾ Códigos por similaridade. ⁽³⁾ A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	9.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL - REDUÇÃO INCRUENTA	
Descrição do procedimento	Tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) com redução incruenta, realizada com auxílio de intensificador de imagens e artrografia contrastada, associada a tenotomia de adutores, seguida de imobilização pélvico podálica.	
CIDs do Procedimento	Q65.0 Q65.1 Q65.2 Q65.3 Q65.4 Q65.5 Q65.6 Q65.8 Q65.9	
Indicação	Displasia do Desenvolvimento do quadril	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Quadris irreductíveis	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassonografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.21-0	Luxação congênita de quadril (redução incruenta com ou sem tenotomia de adutores) ¹	10A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.12.11-4	Pelvipodálico	4C
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 02 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a maturidade esquelética	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia	
	OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Sintético (10 rolos de tamanhos variados - 5cm/7,5cm/10cm)	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(^) Multiplicado por 2x quando bilateral.		

Nome do Procedimento	9.12 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL - REDUÇÃO CRUENTA POR VIA MEDIAL SEM OSTETOMIA		
Descrição do procedimento	Redução cruenta da luxação em pacientes com displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ), realizada por via medial, e associada a múltiplos procedimentos de partes moles de acordo com as particularidades de cada caso, mas sem necessidade de osteotomias.		
CIDs do Procedimento	Q65.0 Q65.1 Q65.2 Q65.3 Q65.4 Q65.5 Q65.6 Q65.8 Q65.9		
Indicação	Displasia do Desenvolvimento do Quadril		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Idade acima de 1 ano (contraindicação relativa)		
Exames da Indicação	Radiografia e/ou Ultrassonografia		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.24.20-1	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica simples) - tratamento cirúrgico¹		10C
3.07.31.20-8	Tenotomia		5B
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia²		10C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões³		4C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso³		10A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo³		7C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral		8A
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia		2C
3.07.12.11-4	Pelvipodálico		4C
OPMEs	Descrição		Quantidade
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 02 dia(s)
☒ Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Acompanhamento ambulatorial até a maturidade esquelética		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	OBS 1: Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia		
	OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Sintético (10 rolos de tamanhos variados - 5cm/7,5cm/10cm)		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Multiplicado por 2x quando bilateral		
	(²) Procedimentos de videoartroscopia, usados por similaridade		
	(³) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.		

Nome do Procedimento	9.13 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO DE QUADRIL NA DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL NA CRIANÇA	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da luxação de quadril na displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) em crianças é indicado quando a redução fechada não é possível ou falhou. O objetivo é reposicionar cirurgicamente a cabeça femoral no acetábulo e garantir sua estabilidade, promovendo o desenvolvimento adequado da articulação. O procedimento pode incluir tenotomia, capsulorrafia e, em alguns casos, osteotomia pélvica (ex: Dega, Salter) ou osteotomia femoral para corrigir a cobertura acetabular e o alinhamento. A cirurgia é feita por via anterior ou anterolateral, com controle por imagem. O quadril é imobilizado em gesso pós-operatório (gesso pelvipodálico). O tratamento precoce melhora o prognóstico funcional e reduz o risco de artrose futura.	
CIDs do Procedimento	Q65.0 Q65.1 Q65.2 Q65.3 Q65.4 Q65.5 Q65.6 Q65.8 Q65.9	
Indicação	Displasia do Desenvolvimento do Quadril	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Degeneração articular avançada, maturidade esquelética, deformidades grosseiras da cabeça femoral.	
Exames da Indicação	Radiografia	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.19-8	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico ¹	11C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia ²	10C
3.07.31.12-7	Tenoplastia de tendão em outras regiões ³	4C
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ³	7C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.24.24-4	Osteotomia supra-acetabulare (Chiari, Pemberton, "dial", etc)	11A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias/artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia	2C
3.07.12.11-4	Pelvipodálico	4C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	2
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm	2
	FIO DE STEINMANN ROSQUEADO EM AÇO	2
	SERRA DE GIGLI	1
	FIO DE KIRSCHNER LISO EM AÇO	2
☒ Internação	UTI 01 dia(s)	Quarto 02 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial até a maturidade esquelética	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Sintético (10 rolos de tamanhos variados - 5cm/7,5cm/10cm) SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado por 2x quando bilateral (²) Procedimentos de videoartroscopia, usados por similaridade (³) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	9.14 — OSTEOTOMIA SUPRA ACETABULAR - Tipo DEGA ou SAN DIEGO	
Descrição do procedimento	A osteotomia supra-acetabular (DEGA - SAN DIEGO ou similar) - são osteotomias pélvicas realizadas para correção da displasias acetabulares com objetivo de aumentar a cobertura da cabeça femoral e estabilidade do quadril, podendo ser associadas ou não a outros procedimentos.	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q65.0	
Indicação	Correção da displasia acetabular em pacientes com ou sem doenças neuromusculares, associada ou não ao tratamento da subluxação ou luxação do quadril.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Degeneração articular grave, deformidade grave da epífise femoral e condições clínicas específicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.24.24-4	Osteotomia supra-acetabulare (Chiari, Pemberton, "dial", etc)	11A
3.07.24.19-8	Luxação congênita de quadril (redução cirúrgica e osteotomia) - tratamento cirúrgico ^{1/2}	11C
3.07.24.21-0	Luxação congênita de quadril (redução incruenta com ou sem tenotomia de adutores) ^{1/2}	10A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso ²	10A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo ²	7C
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
4.08.09.04-8	Artrografia ou pneumoartrografia	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	ENXERTO SINTÉTICO CUNHA	2
	ENXERTO SINTÉTICO	2
	ENXERTO HOMÓLOGO DE BANCO DE TECIDOS	Variavel
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Geralmente até a maturidade esquelética, mas trata-se de procedimento geralmente realizado em pacientes com necessidade de acompanhamento ambulatorial por toda a vida (doenças neumusculares).	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: Requer 1 frasco de contraste para a Artrografia	
	OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Sintético (10 rolos de tamanhos variados - 5cm/7,5cm/10cm)	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimentos excludentes entre si	
	(²) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	9.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPACTO FEMOROACETABULAR	
Descrição do procedimento	Procedimentos que visam corrigir o conflito mecânico dinâmico entre o fêmur e acetábulo, deformidades ou variações anatômicas proximais do fêmur ou do acetábulo. A escolha do procedimentos ou das possíveis associações dos procedimentos depende da experiência do cirurgião e das particularidades de cada caso.	
CIDs do Procedimento	M24.1 S70.0 M91.1 M93.9 Q65.9	
Indicação	Teste de impacto positivo, dor no quadril, diminuição da flexão e rotação interna	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Presença de infecções ativas, anemia, artrose terminal do quadril	
Exames da Indicação	Radiografia simples é suficiente. Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser necessárias em casos selecionados.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.38.04-0	Tratamento do impacto femoro-acetabular	12B
3.07.38.03-2	Desbridamento do labrum ou ligamento redondo com ou sem condroplastia	10C
3.07.38.05-9	Condroplastia com sutura labral	11B
3.07.38.01-6	Sinovectomia total	10C
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico¹	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias/artrodeses - tratamento cirúrgico¹	9A
3.07.24.31-7	Osteotomia múltipla supra-acetabular (Chiari, Pemberton, “dial”, etc.)¹	12A
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT PARA ARTROSCOPIA DE QUADRIL (COMPOSTO POR: 03 LÂMINAS PARA DEBRIDAMENTO (SHAVER) LONGAS: RETA, CURVA E BROCA, 01 PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA OU ABLATOR, 01 EQUIPO DE BOMBA + 03 CAPAS PARA VIDEOARTROSCÓPIO + 01 CANULA + 01 CAMPO OPERATÓRIO DESCARTAVEL COM COLETOR DE FLUIDOS).	1
	KIT MOSAICOPLASTIA	1
	PLACA ANGULADA DE QUADRIL DE 3.5mm OU 4.5mm (LÂMINA) ou PLACA BLOQUEADA DE QUADRIL PEDIÁTRICO DE 3.5 OU 5.0mm	1
	PARAFUSOS BLOQUEADOS DE 3.5 OU 5.0mm	4
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5 OU 4.5mm	6
	PARAFUSOS CORTICAIS DE 3.5mm EXTRALONGOS (MATERIAL PÉLVICO)	4
	ÂNCORAS PARA SUTURA LABRAL	3
	SHAVER ÓSSEO 5.0mm	1
	BROCA DIAMANTADA ESFÉRICA	1
	PARAFUSOS DE AUTOCOMPRESSÃO DE 3.0mm	3
	PINO DE SCHANZ	1
	PLACA DCP OU BLOQUEADA RETA 3,5/4,5mm	1
	SHAVER DE PARTES MOLES 4.5mm	1
	SONDA DE RADIOFREQUÊNCIA FLEXÍVEL PARA QUADRIL	1
Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Ambulatorial até maturidade esquelética	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	9.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	
Descrição do procedimento	O tratamento cirúrgico da fratura da diáfise do fêmur visa estabilizar o osso e restaurar seu alinhamento anatômico, sendo a haste intramedular bloqueada o método mais utilizado. A cirurgia é realizada sob anestesia, com o paciente em mesa ortopédica e controle por intensificador de imagem. Após redução da fratura, a haste é introduzida no canal femoral e fixada com parafusos de bloqueio proximal e distal. A técnica permite rápida mobilização e reduz complicações como encurtamento ou má consolidação.	
CIDs do Procedimento	S72.3 S72.2 S72.7 S72.8 S72.9	
Indicação	Fratura diafisária do fêmur	
Caráter da Indicação	Urgência	
Contraindicação	Restrições clínicas	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.25-9	Tratamento cirúrgico das fraturas trocântéricas, subtrocântéricas e diafisárias do fêmur com fixação interna	10C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
OPMEs¹	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL EM TITANIO P/ USO INFANTIL - HASTE DE TEN	2
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR MACIÇA EM TITANIO - INCLUI PARAFUSOS	1
	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR MACIÇA EM AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	HASTE DE ENDER EM AÇO	3
	PLACA BLOQUEADA RETA EM AÇO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA (ESTREITA/LARGA) EM AÇO 4,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITANIO - 3,5mm	1
	PLACA BLOQUEADA RETA - TITÂNIO - 4,5mm	1
	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5mm RETA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5mm ESTREITA - INCLUI PARAFUSOS	1
	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5mm LARGA AÇO - INCLUI PARAFUSOS	1
	PARAFUSO CORTICAL 1.5mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	8
	PARAFUSO CORTICAL 2.0mm EM AÇO S/ BLOQUEIO	8
	PARAFUSO CORTICAL DE 2,7mm AÇO S/ BLOQUEIO	8
	PARAFUSO CORTICAL DE 3,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	8
	PARAFUSO CORTICAL DE 4,5mm AÇO S/ BLOQUEIO	8
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm AÇO	8
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm AÇO	8
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 3,5mm TITÂNIO	8
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE 5,0mm TITÂNIO	8
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Dependendo das características da fratura e da idade do paciente, às vezes é preciso acompanhar até a maturidade esquelética.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do OPME depende da experiência do cirurgião, disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, topografia da fratura, grau de cominuição, tipo de traço (obliquo, espiral, transversal), diâmetro do osso, condições de partes moles, qualidade óssea, se fratura patológica ou não, entre outras variáveis	

Nome do Procedimento	9.17 — OSTEOTOMIA FEMORAL DISTAL EXTENSORA - ABERTA/PERCUTÂNEA	
Descrição do procedimento	Osteotomia para correção de deformidade em flexão do joelho realizada no fêmur distal para ganho de extensão do joelho. Procedimento realizado de forma aberta ou percutânea, com ou sem fixação cirúrgica com implantes (placas, parafusos, fios de Kirschner) e geralmente associada a procedimentos adicionais de partes moles (tenoplastias, tenotomias, artrotomia, realinhamento do mecanismo extensor, transferências tendíneas, encurtamento do tendão patelar, distalização da patela, micronuerólises, etc).	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q05.0 M21.0	
Indicação	Correção de deformidade em flexo fixo de joelhos	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições clínicas do paciente que inviabilizam a realização do procedimento	
Exames da Indicação	Radiografias	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
OPMEs¹	Descrição	Quantidade
Placa Lâmina Bloqueada e Canulada	LÂMINA DE SERRA	1
	PLACA LÂMINA 90º CANULADA E BLOQUEADA	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO	3
	PARAFUSOS CORTICAL	2
	FIOS GUIAS	2
	FIOS DE KIRSCHNER 2.0	2
Placa Lâmina Convencional	PLACA LÂMINA 90º CANULADA E BLOQUEADA	1
	PARAFUSOS CORTICAIS	3
Placa Bloqueada	PLACA BLOQUEADA DE FÊMUR DISTAL	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO	5
	PARAFUSOS CORTICAIS	2
	FIOS GUIAS	2
	FIOS DE KIRSCHNER 2.0	2
Placa para Osteotomia Extensora	PLACA BLOQUEADA PARA OSTEOTOMIA EXTENSORA (DFOS OU PLEO)	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO	5
	PARAFUSOS CORTICAIS	2
	FIOS GUIAS	2
Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Geralmente realizada em pacientes que necessitam de acompanhamento ambulatorial por toda a vida.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do OPME depende da disponibilidade do material, idade do paciente, peso do paciente, experiência do cirurgião e técnica utilizada considerando as particularidades de cada caso.	

Nome do Procedimento	9.18 — OSTEOTOMIA DERROTATÓRIA TIBIAL	
Descrição do procedimento	Osteotomia derrotatória tibial para correção das deformidades torcionais da tíbia, fixação com placas e parafusos. Pode ser associada ou não a outros procedimentos de acordo com as particularidades de cada caso, bilateral ou unilateral. Associada ou não à osteotomia da fíbula.	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q05.0 Q66.0	
Indicação	Deformidade torcional da tíbia em rotação interna ou externa com distúrbio do braço de alavanca e alteração do ângulo de progressão da marcha	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições clínicas específicas do paciente.	
Exames da Indicação	Exame Clínico	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia/enxerto de tendão - tratamento cirúrgico	6A
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE TIBIA BLOQUEADA DE ANGULO FIXO INFANTIL	1
	PARAFUSOS DE BLOQUEIO	7
	FIO GUIA	2
	LÂMINA DE SERRA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico, mas trata-se de procedimento geralmente realizado em pacientes com necessidade de acompanhamento ambulatorial por toda a vida (doenças neu musculares).	
Rastreabilidade		

Nome do Procedimento	9.19 — ALONGAMENTO TRÍCEPS SURAL E CORREÇÃO DE DEFORMIDADE EM EQUINO	
Descrição do procedimento	Procedimento para alongamento cirúrgico do tríceps sural em pacientes com deformidade em equino do pé/tornozelo, associado a liberação de partes moles, manipulação articular, microneurolise, artrotomia tenotomia e/ou tenoplastia.	
CIDs do Procedimento	G80.0 Q05.0 Q66.0 G71.0	
Indicação	Encurtamento do tríceps sural, deformidade em equino do pé/tornozelo, contratura articular e encurtamento muscular.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação		
Exames da Indicação	Exame Clínico	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.28.07-0	Artrotomia de tornozelo - tratamento cirúrgico	7B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico¹	6A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo¹	7C
3.07.31.05-4	Encurtamento de tendão - tratamento cirúrgico	3C
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Geralmente realizada em paciente com necessidade de acompanhamento ambulatorial por toda a vida.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	Material para imobilização: Gesso Sintético (6 unidades)	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do Procedimento	9.20 — CORREÇÃO DO PÉ PLANO - KOUTSOGIANNIS	
Descrição do procedimento	A correção de pé plano pelo procedimento de Koutsogiannis consiste em uma osteotomia de medialização do calcâneo, indicada para casos de pé plano flexível com desalinhamento do retropé. A técnica envolve um corte na porção posterior do calcâneo, com deslocamento medial do fragmento posterior, que é fixado com parafuso ou placa. O objetivo é reposicionar o calcâneo sob a tibia, restaurando o arco plantar e corrigindo a pronação excessiva do pé. O procedimento melhora o alinhamento e reduz a dor, permitindo retorno funcional adequado.	
CIDs do Procedimento	G00.0 G80.0 Q66.0	
Indicação	Correção das deformidades do pé em paciente com pé plano valgo, em doenças neuromuscular ou não.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições clínicas específicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.22-0	Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico	11A
3.01.01.16-6	Correção de deformidades nos membros com utilização de implantes	9B
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso¹	10A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo¹	7C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão²	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico²	6A
OPMEs	Descrição	Quantidade
Aberta ^A	LÂMINA DE SERRA	1
	PLACA CALCÂNEO	1
	PARAFUSOS	4
Percutânea ^A	FIOS DE KIRSCHNER	2
	FRESAS BRM	2
	LÂMINAS BEAVER	1
	PARAFUSOS COMPRESSIVOS	2
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Pacientes com doenças neuromusculares precisam de acompanhamento ortopédico por toda a vida.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	
	(²) Procedimentos excludentes entre si.	
Comentários	OPMEs	
	(ª) A escolha do implante/OPME depende da idade do paciente, experiência do cirurgião, disponibilidade do implante, grau de deformidade e objetivos da correção.	

Nome do Procedimento	9.21 — ARTRODESE TALONAVICULAR - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ PLANO	
Descrição do procedimento	A artrodeose talonavicular é um procedimento cirúrgico indicado para correção de pé plano rígido e sintomático, especialmente em casos de falha do tratamento conservador ou deformidades estruturais avançadas. Consiste na fusão da articulação entre o tálus e o navicular, promovendo estabilização do arco medial do pé e eliminação da dor. É realizada por via aberta, com ressecção das superfícies articulares e fixação com parafusos ou placas. Pode ser isolada ou associada a outras artrodeses do mediopé. O objetivo é restaurar o alinhamento, melhorar a função e prevenir a progressão da deformidade	
CIDs do Procedimento	Q66.0 G80.0	
Indicação	Correção das deformidades do pé em paciente com pé plano valgo, em doenças neuromuscular ou não.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Condições clínicas específicas do paciente	
Exames da Indicação	Radiografias	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.22-0	Pé plano/pé cavo/coalisão tarsal - tratamento cirúrgico	11A
3.01.01.16-6	Correção de deformidades nos membros com utilização de implantes	9B
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso¹	10A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo¹	7C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.22-4	Transposição única de tendão²	4C
3.07.31.21-6	Transposição de mais de 1 tendão - tratamento cirúrgico²	6A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PARAFUSO DE COMPRESSÃO	2
	PLACA DE ARTRODESE TALONAVICULAR	8
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Depende do diagnóstico. Pacientes com doenças neuromusculares precisam de acompanhamento ortopédico por toda a vida.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos. (²) Procedimentos excludentes entre si.	

Nome do Procedimento	9.22 — BLOQUEIO MUSCULAR	
Descrição do procedimento	Bloqueio muscular com toxina botulínica ou fenol para manejo da espasticidade em pacientes com paralisia cerebral espástica ou outras patologias neuromusculares, procedimento realizado sob anestesia e guiado por ultrassom ou eletroestimulador, geralmente associado a manipulação articular e imobilização gessada.	
CIDs do Procedimento	G80.0	
Indicação	Pacientes com espasticidade ou outras alterações que exijam manejo do tônus muscular	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	De acordo com condições clínicas do paciente	
Exames da Indicação	Exame clínico	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
2.01.03.14-0	Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal	4A
3.07.13.06-4	Manipulação articular sob anestesia geral	8A
3.07.11.02-9	Membro inferior	1C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	TOXINA BOTULÍNICA	Variável
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Média	
Seguimento	Geralmente realizado em pacientes que necessitam acompanhamento ambulatorial ortopédico por toda a vida.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1 (Doses de Toxina Botulínica): 20UI por KG, dose máxima 400 UI (BOTOX) ou 30 UI por KG, dose máxima 1000 UI (DYSPORE).	
	OBS 2 (Material para imobilização): Gesso Sintético (3 unidades por membro), algodão e malha tubular sintética	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Por segmento corporal tratado e multiplicado por 2x quando bilateral	

10 – RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO (ASAMI)

Nome do Procedimento	10.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADES PERIARTICULARES, POR MEIOS DE TÉCNICAS DE CRESCIMENTO GUIADO	
Descrição do procedimento	Através de incisão minimamente invasiva sobre a epífise do osso afetado, a placa é posicionada centralizada da fise, com alta precisão para evitar danos às estruturas circundantes, como os ligamentos, nervos e vasos sanguíneos, e proporcionar uma recuperação rápida e eficaz. Cada placa deve ser fixada com 2 ou 4 parafusos sólidos ou canulados.	
CIDs do Procedimento	M21.0 M21.1 M21.2 M21.4 M21.5 M21.6 M21.7 M21.8 M21.9 Q74.3 Q74.8 Q74.9 Q72.3 Q72.6 Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q78.8	
Indicação	Deformidades ósseas em crianças e adolescentes que ainda apresentam potencial de crescimento esquelético. Promovendo a correção gradual da deformidade angular ao longo do tempo, aproveitando o potencial de crescimento ósseo. Minimamente invasiva, indicada principalmente para deformidades angulares do fêmur, tíbia e, em alguns casos, do pé e nas articulações dos membros superiores.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Pacientes que apresentem fechamento das cartilagens de crescimento, ou seja, na fase final de maturação óssea; - Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.09-7	Epifisiodesse (por segmento) - tratamento cirúrgico ¹	7A
3.07.27.09-0	Epifisiodesse de tíbia/fíbula - tratamento cirúrgico ²	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO EM OITO POR EPIFISIODESE	1
	PARAFUSO PARA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	2
	FIOS GUIAS DA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	4
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Cada segmento físiário pode necessitar de uma epifisiodesse em planos diferentes, dependendo da correção angular ou do encurtamento necessário. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Segmento femoral. (²) Segmento perna. OPMEs (^A) O número de placas de crescimento guiado varia entre uma a duas por fise, conforme a necessidade de correção de cada caso.	

Nome do Procedimento	10.2 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS DISMETRIAS E DEFORMIDADES ÓSSEAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS DOS MEMBROS INFERIORES, POR MEIO DE TÉCNICAS DE REALINHAMENTO E ALONGAMENTO ÓSSEO COM DISPOSITIVO INTRAMEDULAR MAGNÉTICA OU MOTORIZADA		
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos nos segmentos femoral e da perna, para a realização de osteotomia corretiva angular, rotacional e para alongamento ósseo. Descompressão (neurólise) dos nervos tibial e fibular podem ser realizados. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea no membro inferior, para a correção ou profilaxia de contraturas miotendinosas através das tenólises, tenotomias ou alongamento muscular. A osteossíntese é realizada minimamente invasiva com entrada retrógrada ou anterógrada com a haste intramedular bloqueada.		
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q77.0 Q77.1 Q77.2 Q77.3 Q77.4 Q77.5 Q77.6 Q77.7 Q77.8 Q77.9 Q78.0 Q78.1 Q78.2 Q78.3 Q78.4 Q78.5 Q78.6 Q78.8 Q78.9 M21.7 M21.9 T93.2 T93.8 T93.9 M80.8 M80.2 M81.8 M82.8 M83.8 M89.5		
Indicação	Displasias e outras alterações congênitas caracterizadas por anisomelias, frequentemente associadas a deformidades angulares e rotacionais. Além disso, discrepâncias de comprimento podem resultar de distúrbios do desenvolvimento ou serem adquiridas como sequelas de trauma ou doenças sistêmicas.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.25.21-6	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa¹		12A
3.07.27.20-0	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa²		12A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico¹		9C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico²		9A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia		3C
3.07.30.01-5	Alongamento		2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR MOTORIZADA DO FEMUR (POR SEGMENTO)		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE (POR SEGMENTO)		4
	HASTE INTRAMEDULAR MOTORIZADA DA TIBIA (POR SEGMENTO)		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE (POR SEGMENTO)		4
	RECEPTOR DE ENERGIA SUBCUTANEO (POR SEGMENTO)		1
	CONTROL SET		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			

Comentários

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, displasias segmentares ou generalizadas, deformidades multiapicais, com acometimento associado de estruturas osteoarticulares e das partes moles, requer um planejamento cirúrgico metódico, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.

OBS 2: A fixação intramedular com hastas intramedulares favorece a formação de um calo ósseo mais homogêneo, reduzindo o risco de desvios angulares e complicações associadas à regeneração óssea deficiente, especialmente em pacientes com displasia óssea, alterações osteometabólicas e fragilidade inerente a grandes regenerados de alongamento ósseo. Esse método reduz significativamente o tempo de tratamento e a necessidade de fixadores externos, minimizando múltiplas cirurgias e a imobilização pós-operatória. Como resultado, há menor morbidade, reabilitação motora mais eficaz e retorno mais rápido ao convívio social, escolar e laboral. Além disso, a técnica otimiza o equilíbrio biomecânico, reduz a taxa de refraturas, minimiza deformidades angulares e torsionais residuais ou recidivantes, e diminui o risco de complicações infecciosas, dor e rigidez articular. Também proporciona um melhor controle do alongamento, melhora a estética e reduz o impacto psicológico, fatores essenciais para a recuperação.

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Segmento

femoral. (²)

Segmento perna.

Nome do Procedimento	10.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE LEGG-CALVÉ-PERTHES OU NECROSE AVASCULAR DA CABEÇA DO FÊMUR COM ARTRODIÁSTASE	
Descrição do procedimento	Através de um acesso cirúrgico lateral ou anterolateral do quadril, é realizada uma descompressão (foragem) da cabeça do fêmur com fresas canuladas sob fluoroscopia. Nas necroses avasculares com maior acometimento da cabeça femoral, o tecido necrótico deve ser removido. A impactação com enxerto ósseo autóloga é realizada para reduzir a fratura com colapso articular e restaurar a esfericidade da cabeça do fêmur. Pode ser necessário a associação com enxerto sintético para aumento do volume e resistência estrutural. Em seguida, um fixador externo articulado no quadril é aplicado e fixado com pinos de Schanz, transarticulares, entre a pelve e o fêmur, promovendo uma distração articular aguda e, posteriormente, gradual, de forma a manter uma artrodiastase articular definitiva durante todo o processo de consolidação óssea.	
CIDs do Procedimento	M91.1 M87.0 M87.1 M24.8 M94.3 M94.8	
Indicação	Doença de Perthes em crianças ou na necrose avascular em adolescentes que apresentam fatores de risco associados a maus resultados, como: idade maior que 8 anos, sexo masculino, gravidade da deformidade inicial, rigidez articular refratária ao tratamento conservador, presença dos sinais radiológicos de "cabeça em risco" descritos por Catterall e Smith, obesidade, fratura com desvio e achatamento da cabeça femoral.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.24.28-7	Tratamento de necrose avascular por foragem de estaqueamento associada à necrose microcirúrgica da cabeça femoral - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO MONOLATERAL ARTICULADO DE QUADRIL	1
	PORTA PINO EM T ARTICULADO	1
	DISTRATOR	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	6
	BROCA CANULADA	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO GRANULADO 10 GR	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Média	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	10.4 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDARTROSE DO FÊMUR INFECTADA COM ENCURTAMENTO AGUDO E ALONGAMENTO SECUNDÁRIO COM FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Remoção dos implantes presentes de osteossíntese do fêmur. Osteossíntese definitiva do foco da pseudartrose/fratura por ressecção cruenta do foco, encurtamento agudo e compressão com fixação externa. Desbridamento intramedular e no foco da pseudartrose para o tratamento da osteomielite. Enxerto ósseo no foco de pseudartrose. Corticotomia em sítio cirúrgico distinto em outra via de acesso para alongamento ósseo gradual com fixação externa definitiva.	
CIDs do Procedimento	S72.1 S72.2 M84.1 M96.0 M86.1 M86.2 M86.3 M86.4 M86.5 M86.6 M86.8 M86.9 M21.7 M21.8 M93.1 T84.5 T84.6 T84.7 T92.1	
Indicação	Pseudartrose do fêmur associada à infecção/osteomielite. Sem possibilidade de tratamento com síntese interna ou associado à osteomielite, falha óssea, encurtamento, deformidade com necessidade de correção gradual, deformidades complexas, risco de infecção.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.25.02-0	Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico	10A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.10.08-1	Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não	5A
3.07.10.03-0	Placas	7A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMÍNIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^A	1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO ^B	1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^C	12
	SERRA DE OSSO	1
	BROCA DE OSSO	1
	TORNIQUETE ESTERIL DE USO ÚNICO	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO	∞
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) A retirada do material de síntese (3.07.10.03-0 e 3.07.10.08-1) que está intraóssea, sepultada, não sobre a cortical, invariavelmente necessitará de um osteotomia para ser possível acessar o local e remover o implante.

OPMEs

(^A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, deficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(^B) Fixador externo monolateral dinâmico com unidade de compressão-distração indicado para os procedimentos do fêmur proximal, bilateral, obesos ou naqueles pacientes com comprometimento e lesão do compartimento medial da coxa. Trata-se de fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(c) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.

⚡ A quantidade em peso ou volume do enxerto ósseo sintético será determinada pela falha óssea documentada pré-operatória em exames de imagem ou pela falha óssea estimada pelo cirurgião após a ressecção óssea necessária justificada em relatório médico.

Comentários

Nome do procedimento	10.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDARTROSE DO FÊMUR INFECTADA COM PERDA OSSEA E/OU ENCURTAMENTO ÓSSEO ADQUIRIDO EM PACIENTES CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
Descrição do procedimento	Remoção dos implantes presentes de osteossíntese do fêmur. Osteossíntese definitiva do foco da pseudartrose/fratura por ressecção cruenta do foco, encurtamento agudo e compressão com fixação externa circular de Ilizarov. Desbridamento intramedular e no foco da pseudartrose para o tratamento da osteomielite. Enxerto ósseo no foco de pseudartrose. Corticotomia em sítio cirúrgico distinto em outra via de acesso para alongamento ósseo gradual com fixação externa definitiva.	
CIDs do Procedimento	M84.9 Q68.8 Q72.9 Q74.9 M21.9 M86.9	
Indicação	Pseudartrose congênita ou adquirida do fêmur associada à infecção/osteomielite. Sem possibilidade de tratamento com síntese interna ou associado à osteomielite, falha óssea, encurtamento, deformidade com necessidade de correção gradual, deformidades complexas, risco de infecção.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador.	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.25.02-0	Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico	10A
3.07.10.08-1	Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não	5A
3.07.10.03-0	Placas	7A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMÍNIO, FIBRA DE CARBONO, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO/INFANTIL ^A	1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL ADULTO/INFANTIL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO ^B	1
	BROCA DE OSSO	1
	SERRA DE OSSO	1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^C	12
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, deficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensa-fios depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. O tamanho infantil e adulto será determinado pelo diâmetro do membro conforme indicado pelo médico assistente. (^B) Fixador externo monolateral dinâmico com unidade de compressão-distração é indicado para os procedimentos do fêmur proximal, bilateral, obesos ou naqueles pacientes com comprometimento e lesão do compartimento medial da coxa. Trata-se de fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. O tamanho infantil e adulto será determinado pelo diâmetro do membro conforme indicado pelo médico assistente. (^C) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.	

Nome do procedimento	10.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DO FÊMUR E DISPLASIA ACETABULAR COM RECONSTRUÇÃO COXOFEMORAL E OSTEOTOMIA SUPRAACETABULAR OU DO INOMINADO	
Descrição do procedimento	Envolve uma série de procedimentos que incluem osteotomia única periacetabular ou do inominado com interposição de enxerto autólogo e sua síntese interna com parafusos de posição. Osteossíntese da pseudartrose do colo do fêmur, osteotomia e correção angular e rotacional subtrocanterica do fêmur, com placa lâmina ou placa bloqueada de femur proximal pediátrica. Para a correção do fêmur proximal é realizado a tenotomia do psoas, piriforme e transferência muscular do tensor da fascia lata para a grande tuberosidade. Neurolise externa do nervo isquiático desde sua incisura isquiática até o compartimento posterior da coxa. Todas correções necessárias para restaurar a função e o alinhamento e congruência articular, aumentar a cobertura da cabeça femoral pelo acetábulo, e promover o desenvolvimento adequado do quadril. Altamente personalizado e pode variar significativamente de acordo com a gravidade da condição e as necessidades individuais do paciente de acordo com amplo espectro de apresentações.	
CIDs do Procedimento	Q72.9 Q65.6 M84.1 R26.2	
Indicação	Deficiência femoral congênita do fêmur com retardo de consolidação ou pseudartrose congenita ao nível do colo e/ou subtrocanterica do fêmur, encurtamento do membro, displasia acetabular e, contraturas de partes moles que limitam a amplitude de movimento normal do quadril.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA LÂMINA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO DE PLACA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	5
	PARAFUSO CANULADO 3.5 OU 4.5mm PARA OSTEOSSINTESE DA PELVE	3
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	10.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DO FÊMUR E DISPLASIA ACETABULAR COM RECONSTRUÇÃO COXOFEMORAL E OSTEOTOMIA TRIPLA PÉLVICA	
Descrição do procedimento	Envolve uma série de procedimentos que incluem osteotomia em tres sítios diferentes. Realiza-se uma osteotomia no púbis, uma no ísquio e uma no ílio com interposição de enxerto autólogo e sua síntese interna com parafusos de posição. Osteossíntese da pseudartrose do colo do fêmur, osteotomia e correção angular e rotacional subtrocanterica do fêmur, com placa lâmina ou placa bloqueada de fêmur proximal pediátrica. Para a correção do fêmur proximal é realizado a tenotomia do psoas, piriforme e transferência muscular do tensor da fascia lata para a grande tuberosidade. Neurolise externa do nervo isquiático desde sua incisura isquiática até o compartimento posterior da coxa. Todas correções necessárias para restaurar a função e o alinhamento e congruência articular, aumentar a cobertura da cabeça femoral pelo acetábulo, e promover o desenvolvimento adequado do quadril. Altamente personalizado e pode variar significativamente de acordo com a gravidade da condição e as necessidades individuais do paciente de acordo com amplo espectro de apresentações.	
CIDs do Procedimento	Q72.9 Q65.6 M84.1 R26.2	
Indicação	Deficiência congênita do fêmur com retardo de consolidação ou pseudartrose congenita ao nível do colo e/ou subtrocanterica do fêmur, encurtamento do membro, displasia acetabular e, contraturas de partes moles que limitam a amplitude de movimento normal do quadril.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico ¹	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA LÂMINA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO DE PLACA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	5
	PARAFUSO CANULADO 3.5 OU 4.5mm PARA OSTEOSÍNTESE DA PELVE	3
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Multiplicado por 3x, uma vez que são osteotomias em ossos diferentes (ílio, ísquio e púbis). Se realizados através de acessos distintos, os remunerando em 70% cada.	

Nome do procedimento	10.8 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DO FÊMUR E DISPLASIA ACETABULAR COM RECONSTRUÇÃO COXOFEMORAL E ALONGAMENTO ÓSSEO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA CIRCULAR	
Descrição do procedimento	Envolve uma série de procedimentos que incluem osteotomias periacetabulares ou do denominado com interposição de enxerto autólogo e sua síntese interna com parafusos de posição. Osteotomia para correção angular e rotacional do fêmur proximal com fixação externa ou associação (opcional) de placa bloqueada de fêmur proximal pediátrica. Para a correção do fêmur proximal é realizado a tenotomia do psoas, piriforme e transferência muscular do tensor da fascia lata para a grande tuberosidade. Neurolise externa do nervo isquiático desde sua incisura isquiática até o compartimento posterior da coxa. Todas correções são necessárias para restaurar a função, o alinhamento, a congruência articular, aumentar a cobertura da cabeça femoral pelo acetábulo, e promover o desenvolvimento adequado do quadril. Altamente personalizado e pode variar significativamente de acordo com a gravidade da condição e as necessidades individuais do paciente de acordo com amplo espectro de apresentações. A fixação externa definitiva visa a osteossíntese do femur proximal e o alongamento ósseo do fêmur. Se há instabilidade articular do joelho é necessario a fixação transarticular do joelho até a perna para prevenir luxação.	
CIDs do Procedimento	Q72.9 Q65.6 M84.1 R26.2	
Indicação	Deficiência femoral congênita do fêmur com displasia ao nível do colo e/ou subtrocanterica do fêmur, encurtamento do membro, displasia acetabular e, contraturas de partes moles que limitam a amplitude de movimento normal do quadril.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs ^A	Descrição	Quantidade
	PLACA LÂMINA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO DE PLACA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	5
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL EM BAIXO PESO PARA COXA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	12
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do procedimento	10.9 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DO FÊMUR E DISPLASIA ACETABULAR COM RECONSTRUÇÃO COXOFEMORAL E ALONGAMENTO ÓSSEO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA MONOLATERAL	
Descrição do procedimento	Envolve uma série de procedimentos que incluem osteotomias periacetabulares ou do denominado com interposição de enxerto autólogo e sua síntese interna com parafusos de posição. Osteotomia para correção angular e rotacional do fêmur proximal com fixação externa ou associação (opcional) de placa bloqueada de fêmur proximal pediátrica. Para a correção do fêmur proximal é realizado a tenotomia do psoas, piriforme e transferência muscular do tensor da fascia lata para a grande tuberosidade. Neurolise externa do nervo isquiático desde sua incisura isquiática até o compartimento posterior da coxa. Todas correções são necessárias para restaurar a função, o alinhamento, a congruência articular, aumentar a cobertura da cabeça femoral pelo acetábulo, e promover o desenvolvimento adequado do quadril. Altamente personalizado e pode variar significativamente de acordo com a gravidade da condição e as necessidades individuais do paciente de acordo com amplo espectro de apresentações. A fixação externa definitiva visa a osteossíntese do fêmur proximal e o alongamento ósseo do fêmur. Se há instabilidade articular do joelho é necessário a fixação transarticular articulada do joelho até a perna para prevenir luxação.	
CIDs do Procedimento	Q72.9 Q65.6 M84.1 R26.2	
Indicação	Deficiência femoral congênita do fêmur com displasia ao nível do colo e/ou subtrocanterica do fêmur, encurtamento do membro, displasia acetabular e, contraturas de partes moles que limitam a amplitude de movimento normal do quadril.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.23.08-6	Osteotomias / artrodeses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.07.30.15-5	Transposição muscular	4C
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.31.08-9	Tenodese	5B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs^A	Descrição	Quantidade
	PLACA LÂMINA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO DE PLACA BLOQUEADA INFANTIL DE FEMUR PROXIMAL	5
	FIXADOR EXTERNO MONOLATERAL DINÂMICO DE RECONSTRUÇÃO PARA FEMUR	1
	FIXADOR EXTERNO MONOLATERAL DINÂMICO DE RECONSTRUÇÃO PARA PERNA	1
	CLAMP PORTA-PINO SWIVELLING DE CORRECAO ANGULAR	1
	CLAMP DE CONEXÃO ARTICULADO DE JOELHO	1
	CLAMP PORTA-PINO RETO	4
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	24
	COMPRESSOR/DISTRATOR DE CLAMP	2
	BORRACHA PROTETORA DE PINO	12
	BORRACHA STOPPER DE PINO	12
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs ^(A) Escolha da opção de OPMEs é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.	

Nome do procedimento	10.10 — ARTRODESE DE JOELHO EM PACIENTES COM OSTEOMIELEITE NO FÊMUR OU TÍBIA E ARTRITE INFECCIOSA - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Remoção dos implantes de prótese articular e/ou espaçadores. Desbridamento intramedular e no foco da articulação para o tratamento da osteomielite do fêmur, tíbia, patela e artrite infecciosa com ampla ressecção das estruturas articulares, cápsula, sinovial e todo o mecanismo extensor ao nível do joelho se necessário. Ressecção cruenta do foco ósseo com osteótomos e serra de osso elétrica, encurtamento agudo e compressão para artrodeese do joelho com fixação externa definitiva circular em baixo peso ou fixador externo monolateral dinâmico de reconstrução. Impactado o enxerto ósseo autólogo ou sintético no foco do artrodeese com perda óssea intramedular, associada ou não ao antibiótico local. Corticotomia em sítio cirúrgico distinto em outra via de acesso para alongamento ósseo gradual com fixação externa definitiva no fêmur ou ossos da perna.	
CIDs do Procedimento	T84.0 T84.1 T84.2 T93.2 T93.1 T93.8 M86.0 M86.2 M86.3 M86.4 M86.5 M86.9 M00.9 M00.8 M00.0 M00.1 M21.9 M21.7 M21.4 T90.8	
Indicação	Complicação mecânica ou infecciosa sem possibilidade de reconstrução articular após artroplastia do joelho, trauma complexo ou perda óssea por tumor. Sem possibilidade de tratamento com síntese interna ou associado à osteomielite, falha óssea, encurtamento, deformidade com necessidade de correção gradual, deformidades complexas, risco de infecção.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo ¹	13A
3.07.25.14-3	Osteomielite de fêmur - tratamento cirúrgico	9C
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico	6A
3.07.26.01-8	Artrite séptica - tratamento cirúrgico	7A
3.07.25.02-0	Alongamento de fêmur - tratamento cirúrgico ¹	10A
3.07.27.02-2	Alongamento com fixador dinâmico - tratamento cirúrgico ¹	8A
3.07.14.01-0	Corpo estranho intra-articular – tratamento cirúrgico	5A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico ²	9C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico ²	9A
3.07.10.08-1	Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não	5A
3.07.10.04-9	Retirada de prótese	8A
3.07.10.03-0	Placas	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMÍNIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^A	1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO ^B	1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^C	12
	SERRA DE OSSO	1
	BROCA DE OSSO	1
	TORNIQUETE ESTERIL DE USO ÚNICO	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO	∞
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.

(²) A retirada do material de síntese (3.07.10.03-0 e 3.07.10.08-1) que está intraóssea, sepultada, não sobre a cortical, invariavelmente necessitará de uma osteotomia para ser possível acessar o local e remover o implante.

OPMEs

(A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, déficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(B) Fixador externo monolateral dinâmico com uma unidade de compressão-distração por foco indicado para os procedimentos de artrodese do joelho, transarticular no fêmur e na tíbia. Trata-se de um fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. Nesta situação, clamps porta-pinos reto, de inclinação, metafisários e/ou de correção angular podem ser necessários para a correta fixação anatômica no membro e para a correção angular e alongamento ósseo necessário.

(C) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.

⚠ A quantidade em peso ou volume do enxerto ósseo sintético será determinada pela falha óssea documentada pré-operatória em exames de imagem ou pela falha óssea estimada pelo cirurgião após a ressecção óssea necessária justificada em relatório médico.

Comentários

Nome do Procedimento	10.11 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BAIXA ESTATURA - DISPLASIA ESQUELÉTICA	
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos nos segmentos femoral e da perna, bilateral, para a realização de osteotomia corretiva angular, rotacional e para alongamento ósseo. Descompressão (neurólise) dos nervos tibial e fibular podem ser realizados. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea no membro inferior, para a correção ou profilaxia de contraturas miotendinosas através das tenólises, tenotomias ou alongamento muscular.	
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q77.0 Q77.1 Q77.2 Q77.3 Q77.4 Q77.5 Q77.6 Q77.7 Q77.8 Q77.9 Q78.0 Q78.1 Q78.2 Q78.3 Q78.4 Q78.5 Q78.6 Q78.8 Q78.9	
Indicação	Displasias, pseudocondroplasias e outras alterações congênicas caracterizadas por baixa estatura, desproporcionalidade dos membros incluindo rizomelia, mesomelia, acromelia, micromelia e hemimelia, além de deformidades angulares e rotacionais associadas.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.25.22-4	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O SEGMENTO FEMORAL (CADA LADO)	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O SEGMENTO PERNA (CADA LADO)	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^A	1
	SUPORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^A	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUPORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT	6
	PROTECTOR DE PINO (POR SEGMENTO)	6
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA (POR SEGMENTO)	6
	BORRACHA PARA PINO	6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro. OPMEs (^A) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.	

Nome do Procedimento	10.12 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BAIXA ESTATURA: DISPLASIA ESQUELÉTICA COM ALONGAMENTO OU TRANSPORTE ÓSSEO COM DISPOSITIVO INTRAMEDULAR COMBINADO À FIXAÇÃO EXTERNA		
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos nos segmentos femoral e da perna, bilateral, para a realização de osteotomia corretiva angular, rotacional e para alongamento ósseo. Descompressão (neurólise) dos nervos tibial e fibular podem ser realizados. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea no membro inferior, para a correção ou profilaxia de contraturas miotendinosas através das tenólises, tenotomias ou alongamento muscular.		
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q77.0 Q77.1 Q77.2 Q77.3 Q77.4 Q77.5 Q77.6 Q77.7 Q77.8 Q77.9 Q78.0 Q78.1 Q78.2 Q78.3 Q78.4 Q78.5 Q78.6 Q78.8 Q78.9		
Indicação	Displasias, pseudocondroplasias e outras alterações congêntas caracterizadas por baixa estatura, desproporcionalidade dos membros, incluindo rizomelia, mesomelia, acromelia, micromelia e hemimelia, além de deformidades angulares e rotacionais associadas.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.25.21-6	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa		12A
3.07.27.20-0	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa		12A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico		9C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico		9A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia		3C
3.07.30.01-5	Alongamento		2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR PARA FÊMUR CANULADA EM TITÂNIO COM BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL (POR SEGMENTO) ^A		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE TITÂNIO (POR SEGMENTO)		4
	PARAFUSO TIPO TAMPÃO EM TITÂNIO (POR SEGMENTO)		1
	HASTE INTRAMEDULAR PARA TÍBIA CANULADA EM TITÂNIO COM BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL (POR SEGMENTO) ^A		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFORANTE/AUTOROSQUEANTE TITÂNIO (POR SEGMENTO)		4
	PARAFUSO TIPO TAMPÃO EM TITÂNIO (POR SEGMENTO)		1
	HASTE INTRAMEDULAR TELESCOPADA PARA O FEMUR (POR SEGMENTO) ^B		1
	HASTE INTRAMEDULAR TELESCOPADA PARA A TIBIA (POR SEGMENTO) ^B		1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O SEGMENTO FEMORAL (CADA LADO) ^c		1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O SEGMENTO PERNA (POR SEGMENTO) ^c		1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO (POR SEGMENTO) ^D		1
	PROTETOR DE PINO (POR SEGMENTO)		6
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA (POR SEGMENTO) ^E		6
	BORRACHA PARA PINO (POR SEGMENTO)		6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO		1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
☒ Rastreabilidade			

OBSERVAÇÕES GERAIS

Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, displasias segmentares ou generalizadas, deformidades multiapicais, com acometimento associado de estruturas osteoarticulares e das partes moles, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.

OPMEs

(A) A fixação intramedular com hastes intramedulares favorece a formação de um calo ósseo mais homogêneo, reduzindo o risco de desvios angulares e complicações associadas à regeneração óssea deficiente, especialmente em pacientes com displasia óssea, alterações osteometabólicas e fragilidade inerente a grandes regenerados de alongamento ósseo. Esse método permite um menor tempo de uso da fixação externa, reduzindo a morbidade, promovendo uma reabilitação motora mais eficaz e acelerando o retorno da criança ou adolescente ao meio social e escolar. Além disso, otimiza o equilíbrio biomecânico e minimiza a ocorrência de deformidades angulares ou torsionais residuais e recidivantes.

(B) As hastes telescópicas são indicadas para o tratamento em crianças, especialmente na osteogênese imperfeita e displasias ósseas, oferecendo estabilização intramedular com crescimento acompanhado, reduzindo a necessidade de múltiplas cirurgias. Seu design permite fixação segura com encaixe epifisário, prevenindo migração e garantindo correção angular eficaz, minimizando deformidades progressivas e recidivas. Além disso, reduz a taxa de refraturas e a fragilidade inerente dos ossos afetados, permitindo uma reabilitação precoce com menor necessidade de imobilização pós-operatória. Compatível com osteotomias corretivas e fixação externa, otimiza o equilíbrio biomecânico e melhora a funcionalidade do paciente, promovendo um retorno mais rápido às atividades diárias.

(c) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, déficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(D) Fixador externo monolateral dinâmico com unidade de compressão-distração indicado para os procedimentos do fêmur proximal, bilateral, obesos ou naqueles pacientes com comprometimento e lesão do compartimento medial da coxa. Trata-se de fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(E) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.

Comentários

Nome do Procedimento	10.13 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BAIXA ESTATURA: DISPLASIA ESQUELÉTICA COM ALONGAMENTO OU TRANSPORTE ÓSSEO COM DISPOSITIVO INTRAMEDULAR MAGNÉTICA OU MOTORIZADA		
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos nos segmentos femoral e da perna, bilateral, para a realização de osteotomia corretiva angular, rotacional e para alongamento ósseo. Descompressão (neurólise) dos nervos tibial e fibular podem ser realizados. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea no membro inferior, para a correção ou profilaxia de contraturas miotendinosas através das tenólises, tenotomias ou alongamento muscular. A osteossíntese é realizada minimamente invasiva com entrada retrógrada ou anterógrada com a haste intramedular bloqueada.		
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q77.0 Q77.1 Q77.2 Q77.3 Q77.4 Q77.5 Q77.6 Q77.7 Q77.8 Q77.9 Q78.0 Q78.1 Q78.2 Q78.3 Q78.4 Q78.5 Q78.6 Q78.8 Q78.9		
Indicação	Displasias, pseudocondroplasias e outras alterações congênicas caracterizadas por baixa estatura, desproporcionalidade dos membros, incluindo rizomelia, mesomelia, acromelia, micromelia e hemimelia, além de deformidades angulares e rotacionais associadas.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.25.21-6	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa		12A
3.07.27.20-0	Alongamento ou transporte ósseo com dispositivo intramedular combinado ou não à fixação externa		12A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico		9C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico		9A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia		3C
3.07.30.01-5	Alongamento		2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR MOTORIZADA DO FEMUR (POR SEGMENTO) ^		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE (POR SEGMENTO)		4
	HASTE INTRAMEDULAR MOTORIZADA DA TIBIA (POR SEGMENTO) ^		1
	PARAFUSO DE BLOQUEIO AUTOPERFURANTE/AUTOROSQUEANTE (POR SEGMENTO)		4
	RECEPTOR DE ENERGIA SUBCUTANEO (POR SEGMENTO)		1
	CONTROL SET		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, displasias segmentares ou generalizadas, deformidades multiapicais, com acometimento associado de estruturas osteoarticulares e das partes moles, requer um planejamento cirúrgico meticoloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.		
Comentários	OPMEs		
	(^) A fixação intramedular com hastes intramedulares favorece a formação de um calo ósseo mais homogêneo, reduzindo o risco de desvios angulares e complicações associadas à regeneração óssea deficiente, especialmente em pacientes com displasia óssea, alterações osteometabólicas e fragilidade inerente a grandes regenerados de alongamento ósseo. Esse método reduz significativamente o tempo de tratamento e a necessidade de fixadores externos, minimizando múltiplas cirurgias e a imobilização pós-operatória. Como resultado, há menor morbidade, reabilitação motora mais eficaz e retorno mais rápido ao convívio social, escolar e laboral. Além disso, a técnica otimiza o equilíbrio biomecânico, reduz a taxa de refraturas, minimiza deformidades angulares e torsionais residuais ou recidivantes, e diminui o risco de complicações infecciosas, dor e rigidez articular. Também proporciona um melhor controle do alongamento, melhora a estética e reduz o impacto psicológico, fatores essenciais para a recuperação.		

Nome do Procedimento	10.14 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA TIBIAL COM CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AO NÍVEL DO JOELHO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos na região do joelho e perna, para a realizado de osteotomia corretiva angular e rotacional, redução progressiva da articulação tibiofibular proximal e do joelho. Artrotomia do joelho é realizada para a redução cruenta articular, realinhamento do mecanismo extensor através do release lateral da patela associado ao realinhamento proximal e/ou distal do mecanismo extensor. O joelho é estabilizado com o reparo multiligamentar. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea ou aberta para a realização da coticotomia dos ossos da perna para o alongamento ósseo com fixação externa circular no segmento do fêmur, ossos da perna e pé. Contraturas das partes moles, miotendinosas, são tratadas em acessos cirurgicos distintos, através das tenotomias ou alongamento muscular.	
CIDs do Procedimento	Q72.3 Q72.6 Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q66.7 Q66.8	
Indicação	Hemimelia tibial associada à instabilidade do joelho, displasia, subluxação ou luxação do joelho e do mecanismo extensor; encurtamento do membro e contraturas de partes moles, resultando em alteração da marcha e limitação da amplitude de movimento normal do tornozelo e do pé.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.26.32-8	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.27.21-9	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.26.23-9	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico	7B
3.07.26.20-4	Liberação lateral e facectomias - tratamento cirúrgico	8A
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA SEGMENTO FEMORAL	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O SEGMENTO PERNA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^	1
	SUPOORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUPOORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT	6
	PROTETOR DE PINO (POR SEGMENTO)	6
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA (POR SEGMENTO)	6
	BORRACHA PARA PINO	6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		

Comentários**OBSERVAÇÕES GERAIS**

Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.

OPMEs

([^]) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.

Nome do procedimento	10.15 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSTABILIDADE ARTICULAR DO JOELHO NA DEFICIÊNCIA FEMORAL CONGÊNITA	
Descrição do procedimento	Envolve uma série de procedimentos que incluem a retirada de enxerto autólogo e a sua preparação para construção multiligamentar do joelho de todo o trato íliotibial até sua inserção na tíbia e/ou outros sítios doadores como os isquiotibiais. Realinhamento do mecanismo extensor do joelho devido luxação ou subluxação da patela. Osteotomia intra-articular do fêmur para a Notchplastia. Realização de construção do LCA e colateral usualmente pela técnica over the top de MacIntosh ou modificações com ou sem reforço artificial com cabos ou fitas sintéticas. A construção do LCP pela técnica de MacIntosh reverso. Capsulotomia posterior, alongamento em Z do bíceps femoral, desinserção do gastrocnêmio para correção da subluxação ou luxação articular. Exploração e neurólise do fibular comum nos primeiro e segundo túneis até a sua transição pelo bíceps femoral. Todas as correções podem ser necessárias para restaurar a função, o alinhamento, a congruência articular, aumentar a estabilidade articular e promover o desenvolvimento adequado do joelho. Altamente personalizado e pode variar significativamente de acordo com a gravidade da condição e as necessidades individuais do paciente de acordo com amplo espectro de apresentações.	
CIDs do Procedimento	Q72.9 M24.3 M22.8 R26.2	
Indicação	Deficiência femoral congênita do fêmur com instabilidade e/ou luxação do joelho, encurtamento do membro e, contraturas de partes moles que limitam a amplitude de movimento normal do joelho e do mecanismo extensor.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.25.15-1	Pseudartroses e/ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9C
3.07.26.19-0	Lesões ligamentares periféricas crônicas - tratamento cirúrgico	9B
3.07.26.24-7	Reconstruções ligamentares do pivot central - tratamento cirúrgico	9A
3.07.26.23-9	Realinhamentos do aparelho extensor - tratamento cirúrgico	7B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FITA OU CABO DE REFORÇO LIGAMENTAR	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA COXA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	8
	BROCA REDONDA	1
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.	

Nome do procedimento	10.16 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DE TÍBIA E FÍBULA INFECTADA COM ENCURTAMENTO AGUDO E ALONGAMENTO SECUNDÁRIO COM FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA		
Descrição do procedimento	Remoção dos implantes presentes de osteossíntese da tíbia e da fíbula. Osteossíntese definitiva do foco da pseudartrose/fratura por ressecção cruenta do foco, encurtamento agudo e compressão com fixação externa. Desbridamento intramedular e no foco da pseudartrose para o tratamento da osteomielite. Enxerto ósseo no foco de pseudartrose. Corticotomia em sítio cirúrgico distinto em outra via de acesso para alongamento ósseo gradual com fixação externa definitiva.		
CIDs do Procedimento	S82.1 S82.2 S82.3 S82.4 M84.1 M96.0 M86.1 M86.2 M86.3 M86.4 M86.5 M86.6 M86.8 M86.9 M21.7 M21.8 M93.2 T84.5 T84.6 T84.7 T93.1		
Indicação	Pseudartrose dos ossos da perna associada à infecção/osteomielite. Sem possibilidade de tratamento com síntese interna ou associado à osteomielite, falha óssea, encurtamento, deformidade com necessidade de correção gradual, deformidades complexas, risco de infecção		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.27.21-9	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo		13A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico¹		9A
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico		6A
3.07.27.02-2	Alongamento dos ossos da perna - tratamento cirúrgico		8A
3.07.10.08-1	Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não		5A
3.07.10.03-0	Placas		7A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses		7C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMINIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^A		1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO ^B		1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^c		12
	SERRA DE OSSO		1
	BROCA DE OSSO		1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO		△
Internação	UTI 1 dia(s)		Quarto 3 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) A retirada do material de síntese (3.07.10.03-0 e 3.07.10.08-1) que está intraóssea, sepultada, não sobre a cortical, invariavelmente necessitará de um osteotomia para ser possível acessar o local e remover o implante.

OPMEs

(^A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, déficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(^B) Fixador externo monolateral dinâmico com unidade de compressão-distração indicado para os procedimentos com limitações ao uso do fixador circular, opção técnica pelo cirurgião, bilateral, obesos ou naqueles pacientes com comprometimento e lesão do compartimento lateral da perna. Trata-se de fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(c) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.

⚠ A quantidade em peso ou volume do enxerto ósseo sintético será determinada pela falha óssea documentada pré-operatória em exames de imagem ou pela falha óssea estimada pelo cirurgião após a ressecção óssea necessária justificada em relatório médico.

Comentários

Nome do procedimento	10.17 — ARTRODESE DO TORNOZELO EM PACIENTES COM OSTEOMIELOTE NA TÍBIA OU OSSOS DO TARSO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Remoção dos implantes de prótese articular e/ou espaçadores. Desbridamento intramedular e no foco da articulação para o tratamento da osteomielite da tíbia, ossos do tarso e da artrite infecciosa com ampla ressecção das estruturas articulares, cápsula, sinovial se necessário. Ressecção cruenta do foco ósseo com osteótomos e serra de osso elétrica, encurtamento agudo e compressão para artrodeose do tornozelo ou pandartrodeose do retropé com fixação externa definitiva circular em baixo peso ou fixador externo monolateral dinâmico de reconstrução. Impactado o enxerto ósseo autólogo ou sintético no foco do artrodeose com perda óssea intramedular, associada ou não ao antibiótico local. Corticotomia em sítio cirúrgico distinto em outra via de acesso para alongamento ósseo gradual com fixação externa definitiva nos ossos da perna.	
CIDs do Procedimento	T84.0 T84.1 T84.2 T93.2 T93.1 T93.8 M86.0 M86.2 M86.3 M86.4 M86.5 M86.9 M00.9 M00.8 M00.0 M00.1 M21.9 M21.7 M21.4 T90.8	
Indicação	Complicação mecânica ou infecciosa sem possibilidade de reconstrução articular após artroplastia do tornozelo, trauma complexo ou perda óssea por tumor. Sem possibilidade de tratamento com síntese interna ou associado à osteomielite, falha óssea, encurtamento, deformidade com necessidade de correção gradual, deformidades complexas, risco de infecção.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.28.18-5	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.29.04-1	Artrodeose de tarso e/ou médio pé – tratamento cirúrgico	10C
3.07.28.02-9	Artrite séptica - tratamento cirúrgico	8C
3.07.29.03-3	Artrite ou osteoartrite dos ossos do pé (inclui osteomielite) - tratamento cirúrgico	8C
3.07.27.02-2	Alongamento com fixador dinâmico - tratamento cirúrgico	8A
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico	6A
3.07.14.01-0	Corpo estranho intra-articular – tratamento cirúrgico	5A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico ¹	9A
3.07.10.08-1	Retirada de hastes metálicas intraósseas, bloqueadas ou não	5A
3.07.10.04-9	Retirada de prótese	8A
3.07.10.03-0	Placas	7A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMÍNIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^A	1
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO MONOLATERAL ANGULAR ROTACIONAL COM UNIDADE DE COMPRESSÃO DISTRAÇÃO ^B	1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^C	12
	SERRA DE OSSO	1
	BROCA DE OSSO	1
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO	∞
☒ Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) A retirada do material de síntese (3.07.10.03-0 e 3.07.10.08-1) que está intraóssea, sepultada, não sobre a cortical, invariavelmente necessitará de um osteotomia para ser possível acessar o local e remover o implante.

OPMEs

(A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, déficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese.

(B) Fixador externo monolateral dinâmico com uma unidade de compressão-distração por foco indicado para os procedimentos de artrodese do tornozelo, transarticular na tíbia e na pé. Trata-se de um fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. Nesta situação, clamps porta-pinos reto, de inclinação, metafisários e/ou de correção angular podem ser necessários para a correta fixação anatômica no membro e para a correção angular e alongamento ósseo necessário.

(C) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior número de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso..

⚠ A quantidade em peso ou volume do enxerto ósseo sintético será determinada pela falha óssea documentada pré-operatória em exames de imagem ou pela falha óssea estimada pelo cirurgião após a ressecção óssea necessária justificada em relatório médico.

Comentários

Nome do procedimento	10.18 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDARTROSE CONGÊNITA DA TÍBIA E FÍBULA COM RESSECÇÃO DE LESÃO HAMARTOMATOSA/NEUROFIBROMA - FIXAÇÃO EXTERNA	
Descrição do procedimento	Pseudartrose congênita ossos da perna com indicação de ressecção da lesão hamartomatosa e/ou neurofibroma das partes moles da perna. Ressecção da pseudartrose da tíbia e fíbula e todo o segmento esclerótico ósseo, redução e encurtamento agudo. Artrodese (sinostose) tibiofibular distal no tornozelo com enxerto ósseo pela técnica de cross union. Transplante do periósteo do osso ilíaco para o foco da tíbia após osteossíntese intramedular telescopada anterógrada para permitir crescimento e prevenir refratura da tíbia. Osteossíntese retrógrada da fíbula com haste intramedular. Fixação externa circular híbrida definitiva para compressão e estabilização rotacional no foco da pseudartrose e alongamento ósseo concomitante proximal (opcional).	
CIDs do Procedimento	M84.1 Q72.8 M79.6 R26.2	
Indicação	Pseudartrose congênita ou displasia dos ossos da perna com deformidade anterolateral típica do espectro da patologia com iminente fratura dos ossos da perna com encurtamento, deformidade. Alto risco de refraturas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno	10C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.04.02-2	Iliaco	12C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR TELESOPADA PARA A TIBIA	1
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL EM TITÂNIO P/ USO INFANTIL - HASTE DE TEN PARA A FÍBULA	1
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL EM BAIXO PESO	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	6
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	10.19 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA FIBULAR COM CORREÇÃO DA INSTABILIDADE EM VALGO AO NÍVEL DO TORNOZELO COM FÍBULA HIPOPLÁSICA - OSTEOSSÍNTESE INTERNA		
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um acesso cirúrgico na região medial distal da tíbia, estendendo-se além da articulação do tornozelo, permitindo a descompressão do nervo tibial posterior. Adicionalmente, é realizada uma segunda incisão longitudinal sobre a sindesmose tibiofibular distal para a liberação do ligamento sindesmótico tibiofibular anterior, do ligamento sindesmótico tibiofibular posterior e da porção distal da membrana interóssea entre a tíbia e a fíbula. Após essa liberação, realiza-se uma osteotomia trapezoidal da tíbia para correção angular, associada a um encurtamento agudo do segmento ósseo. A fixação é feita por meio de osteossíntese com placa bloqueada de pequeno fragmento e baixo perfil. A articulação tibiofibular distal é estabilizada com uma sutura de compressão sindesmótica flexível e sutura transóssea. Em alguns casos, pode ser necessária a realização de procedimentos complementares, como alongamento do tríceps sural e correção concomitante do pé plano valgo, conforme indicação prévia ou intraoperatória.		
CIDs do Procedimento	Q72.3 Q72.6 Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2		
Indicação	Hemimelia fibular com instabilidade em valgo do tornozelo, pé plano, encurtamento do membro e, contraturas de partes moles que alteram a marcha e limitam a amplitude de movimento normal do tornozelo e pé.		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico		9B
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico		9A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)		5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	PLACA BLOQUEADA PARA FRATURAS DE EXTREMIDADES DE PEQUENO FRAGMENTO 2.7 / 3.5mm DE BAIXO PERFIL		1
	PARAFUSO BLOQUEADO PARA PLACA		8
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 2 dia(s)
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.		

Nome do procedimento	10.20 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDARTROSE CONGÊNITA DA TÍBIA E FÍBULA COM RESSECÇÃO DE LESÃO HAMARTOMATOSA/NEUROFIBROMA - OSTEOSSÍNTESE INTERNA	
Descrição do procedimento	Pseudartrose congênita ossos da perna com indicação de ressecção da lesão hamartomatosa e/ou neurofibroma das partes moles da perna. Ressecção da pseudartrose da tíbia e fibula e todo o segmento esclerótico ósseo, redução e encurtamento agudo. Artrodese (sinostose) tibiofibular distal no tornozelo com enxerto ósseo pela técnica de cross union. Transplante do periósteo do osso ilíaco para o foco da tíbia após osteossíntese intramedular telescopada anterógrada para permitir crescimento e prevenir refratura da tíbia. Osteossíntese retrógrada da fibula com haste intramedular. Fixação de neutralização da tíbia com placa bloqueada de pequeno fragmento com baixo perfil.	
CIDs do Procedimento	M84.1 Q72.8 M79.6 R26.2	
Indicação	Pseudartrose congênita ou displasia dos ossos da perna com deformidade anterolateral típica do espectro da patologia com iminente fratura dos ossos da perna com encurtamento, deformidade. Alto risco de refraturas.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.32.19-0	Ressecção de tumor de partes moles benigno	10C
3.07.04.02-2	Íliaco	12C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo - retirada de enxerto autólogo	9B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	HASTE INTRAMEDULAR TELESOPADA PARA A TIBIA	1
	PLACA BLOQUEADA PARA FRATURAS DE EXTREMIDADES DE PEQUENO FRAGMENTO 2.7 / 3.5mm DE BAIXO PERFIL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO PARA PLACA	8
	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL EM TITÂNIO P/ USO INFANTIL - HASTE DE TEN PARA A FÍBULA	1
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do Procedimento	10.21 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE BLOUNT LANGENSKIOLD I-III COM DEFORMIDADE LEVE	
Descrição do procedimento	Realiza-se a correção do varo tibial com correção gradual com placa de crescimento guiado para hemiepifisiodesse tibial lateral nos pacientes mais jovens e/ou fechamento fisário para prevenir recorrência nos pacientes mais velhos. Osteotomia metafisária com correção e estabilização aguda. As osteotomias tibiais podem ser abertas ou percutâneas. O defeito em cunha aberta pode necessitar de enxerto ósseo. As osteotomias fibulares são realizadas sob visualização direta na metade proximal para evitar lesão do nervo fibular. A descompressão do nervo fibular profilática e a fasciotomia devem ser consideradas. Os objetivos da cirurgia são restaurar o alinhamento normal das articulações e membros, equalizar os comprimentos dos membros na maturidade esquelética e prevenir a recorrência. A idade, o peso, o estágio, a gravidade e o número de deformidades do paciente podem indicar quais procedimentos têm maior chance de sucesso.	
CIDs do Procedimento	M91.1 Q68.2 M21.1 M21.8	
Indicação	Indicado na doença de Blount infantil ou do adolescente com falência ao tratamento conservador para os estágios iniciais da doença e deformidades leves.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.27.09-0	Epifisiodesse de tibia/fíbula - tratamento cirúrgico	6A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO EM OITO	1
	PARAFUSO PARA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	2
	PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA PROXIMAL	1
	PARAFUSO PARA PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA PROXIMAL	8
	SERRA DE OSSO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.	

Nome do Procedimento	10.22 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE BLOUNT LANGENSKIOLD III - IV E DEFORMIDADE MODERADA A GRAVE COM FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Nas deformidades moderadas a graves, são realizados procedimentos combinados. Incluindo osteotomia ao nível do joelho/epífise para elevação aguda do platô tibial medial. O defeito em cunha aberta é enxertado com interposição de enxerto ósseo e/ou partes moles para prevenir formação da barra fisária. Deve ser combinado com hemiepifisiodesse lateral da tíbia e proximal da fíbula ou crescimento guiado para evitar crescimento assimétrico e prevenir recorrência da deformidade. Por último, realiza-se a osteotomia metafisária da tíbia e fíbula para correção gradual com fixação externa definitiva dinâmica para a correção gradual das deformidades multiplanares, incluindo angulação, translação, rotação e comprimento. A descompressão do nervo fibular profilática e a fasciotomia devem ser consideradas. Os objetivos da cirurgia são restaurar o alinhamento normal das articulações e membros, equalizar os comprimentos dos membros na maturidade esquelética e prevenir a recorrência. A idade, o peso, o estágio, a gravidade e o número de deformidades do paciente podem indicar quais procedimentos têm maior chance de sucesso.	
CIDs do Procedimento	M91.1 Q68.2 M21.1 M21.8	
Indicação	Indicado na doença de Blount infantil ou do adolescente com falência ao tratamento conservador para os estágios avançados da doença e deformidades moderadas a graves.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.26.22-0	Osteotomias ao nível do joelho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.27.09-0	Epifisiodesse de tíbia/fíbula - tratamento cirúrgico	6A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses	7C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO EM OITO (POR EPIFISIODESE)	1
	PARAFUSO PARA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	2
	FIOS GUIAS DA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	4
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm AÇO	2
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	8
	PROTETOR DE PINO	8
	BORRACHA PARA PINO	8
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^A	1
	SUORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^A	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT	6
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.	

Nome do Procedimento	10.23 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA FIBULAR COM A CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AO NÍVEL DO PÉ E TORNOZELO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	O tratamento se inicia pela ressecção do anlage fibular de toda a perna, seguido pelos alongamentos miotendinosos dos fibulares curto, fibular longo e gastrocnêmio/tendão calcâneo. Realiza-se a descompressão dos nervos fibular e tibial posterior. Realiza-se a correção da deformidade do retopé para deixá-lo plantigrado através da osteotomia subtalar e/ou peritalar com liberação das moles, assim corrigindo o pé torto congênito equinovalgo. É corrigido o valgo e antecurvo tibial distal por uma osteotomia supramaleolar da tíbia. O passo final será aplicar um fixador externo definitivo e realizar uma corticotomia no ápice da curvatura tibial diafisária proximal para alongamento e correção gradual da deformidade angular.	
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q72.3 Q72.6 Q74.2 Q73.8	
Indicação	Hemimelia fibular com instabilidade em valgo do tornozelo, pé plano, encurtamento do membro e, contraturas de partes moles que alteram a marcha e limitam a amplitude de movimento normal do tornozelo e pé.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.29.23-8	Tratamento cirúrgico do pé torto congênito (um pé)	12C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O PÉ	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	8
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.	

Nome do Procedimento	10.24 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA FIBULAR COM A CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AO NÍVEL DO PÉ E TORNOZELO - OSTEOSSÍNTESE INTERNA	
Descrição do procedimento	O tratamento se inicia pela ressecção do anlage fibular de toda a perna, seguido pelos alongamentos miotendinosos dos fibulares curto, fibular longo e gastrocnêmio/tendão calcâneo. Realiza-se a descompressão dos nervos fibular e tibial posterior. Realiza-se a correção da deformidade do retopé para deixá-lo plantigrado através da osteotomia subtalar e/ou peritalar com liberação das moles, assim corrigindo o pé torto congênito equinovalgo. É corrigido o valgo e antecurvo tibial distal por uma osteotomia supramaleolar da tíbia e realiza-se a osteossíntese da tíbia com fios metálicos intraósseos ou placa bloqueada de pequeno fragmento de baixo perfil.	
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q72.3 Q72.6 Q74.2 Q73.8	
Indicação	Hemimelia fibular com instabilidade em valgo do tornozelo, pé plano, encurtamento do membro e, contraturas de partes moles que alteram a marcha e limitam a amplitude de movimento normal do tornozelo e pé.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.29.23-8	Tratamento cirúrgico do pé torto congênito (um pé)	12C
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA PARA FRATURAS DE EXTREMIDADES DE PEQUENO FRAGMENTO 2.7 / 3.5mm DE BAIXO PERFIL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO PARA PLACA	6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.	

Nome do Procedimento	10.25 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA TIBIAL COM CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AO NÍVEL DO TORNOZELO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos na região da perna e pé, para a realização de osteotomia corretiva angular e rotacional, redução progressiva da articulação tibiofibular e do tornozelo. Artrotomia do tornozelo é realizada para a redução cruenta articular, realinhamento do pé. Descompressão do nervo tibial posterior, nervo fibular e artéria tibial anterior. Artrotomia é realizada para osteotomia da epífise e/ou metáfise da tíbia para o realinhamento ósseo e a sua redução articular. Incisão adicional é realizada para o realinhamento da fíbula e/ou encurtamento fibular. A região tibiofibular distal é estabilizada com o reparo ligamentar e fixação externa associada ou não com síntese interna. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea ou aberta para a realização da artrodese ao nível do tarso no retropé e/ou médiopé. Novo acesso cirúrgico no segmento proximal da perna para a corticotomia para alongamento ósseo.	
CIDs do Procedimento	Q72.3 Q72.6 Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q66.7 Q66.8	
Indicação	Hemimelia tibial associada à instabilidade do tornozelo, displasia, subluxação ou luxação tibiotalar, encurtamento do membro e contraturas de partes moles, resultando em alteração da marcha e limitação da amplitude de movimento normal do tornozelo e do pé.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.27.21-9	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.28.18-5	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
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
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O PÉ	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^A	1
	SUPORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^A	6
	CLIP DE IDENTIFICAÇÃO DA HASTE SUPORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICAÇÃO DE SENTIDO DO STRUT	6
	PROTECTOR DE PINO (POR SEGMENTO)	6
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA (POR SEGMENTO)	6
	BORRACHA PARA PINO	6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		

Comentários**OBSERVAÇÕES GERAIS**

Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.

OPMEs

([^]) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.

Nome do Procedimento	10.26 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HEMIMELIA TIBIAL, CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES AO NÍVEL DO PÉ E TORNOZELO - OSTEOSSINTESE INTERNA	
Descrição do procedimento	Múltiplos procedimentos. Envolve um ou mais acessos cirúrgicos na região do tornozelo e do pé, permitindo a descompressão do nervo tibial posterior, nervo fibular e artéria tibial anterior. Artrotomia é realizada para osteotomia da epífise e/ou metáfise da tibia para o realinhamento ósseo e a sua redução articular. Incisão adicional é realizada para o realinhamento da fíbula e/ou encurtamento fibular. A região tíbiofibular distal é estabilizada com o reparo ligamentar e/ou osteossíntese interna. Acessos cirúrgicos adicionais serão realizados de forma percutânea ou aberta para a realização da artrodese ao nível do tarso no retropé e/ou médiopé; Novo acesso cirurgico no segmento proximal da perna é realizado na hemiepifiodese tibial proximal para correção do mal alinhamento em valgo tibial.	
CIDs do Procedimento	Q72.3 Q72.6 Q72.8 Q72.9 Q73.8 Q74.2 Q66.7 Q66.8	
Indicação	Hemimelia tibial associada à instabilidade do tornozelo, displasia, subluxação ou luxação tibiotalar, encurtamento do membro e contraturas de partes moles, resultando em alteração da marcha e limitação da amplitude de movimento normal do tornozelo e do pé.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Infecção ativa no local da cirurgia; - Doenças sistêmicas descompensadas; - Falta de adesão ao tratamento pós-operatório; - Alergia ou hipersensibilidade a metais utilizados na fixação	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico	9A
3.07.28.17-7	Pseudartroses ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.28.15-0	Lesões ligamentares crônicas ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico	9B
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.29.04-1	Artrodese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
3.07.27.09-0	Epifisiodesse de tibia/fíbula - tratamento cirúrgico	6A
3.14.03.20-4	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de um nervo	7C
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PLACA BLOQUEADA PARA FRATURAS DE EXTREMIDADES DE PEQUENO FRAGMENTO 2.7 / 3.5mm DE BAIXO PERFIL	1
	PARAFUSO BLOQUEADO PARA PLACA	8
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
	PARAFUSO CANULADO 3,5mm	2
	PARAFUSO CANULADO 4,5mm	2
	PARAFUSO CANULADO DUPLA COMPRESSAO	2
	FIO DE KIRSCHNER	4
	PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	1
	PARAFUSO DA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	2
	FIOS GUIAS DA PLACA DE CRESCIMENTO GUIADO	4
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde hipoplasias segmentares até ausência completa de estruturas ósseas e articulares, requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.	

Nome do procedimento	10.27 — ARTRODIASTASE DO TORNOZELO PARA O TRATAMENTO DE RIGIDEZ ARTICULAR E/OU ARTROSE	
Descrição do procedimento	Um fixador externo articulado de tornozelo, circular ou monolateral articulado, é aplicado transarticular e fixado com pinos de Schanz entre a tíbia e os ossos do pé, promovendo uma distração articular aguda no tornozelo e, posteriormente, gradual, de forma a manter uma artrodiastase articular definitiva durante todo o processo de ganho de mobilidade, correção de contraturas em flexão ou extensão, ou durante a consolidação óssea adjacente. Pode ser necessário, por meio de um acesso cirúrgico percutâneo ou cruento, realizar o alongamento das partes moles, fâscias ou tendões, capsulotomia do tornozelo e/ou neurolises, conforme a apresentação clínica.	
CIDs do Procedimento	M24.6 M24.8 M65.9 S93.4 S93.5 S93.6 T14.8 M21.4 G82.2 G63.8 M21.8 M05.9 M06.9 M13.9 M05.3 M25.6	
Indicação	Rigidez articular e artrose em fases iniciais ou moderadas, especialmente em pacientes jovens com dor e preservação parcial da articulação.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.28.18-5	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.30.04-0	Desinserção ou miotomia	3C
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	PORTA PINO EM T ARTICULADO DE TORNOZELO	1
	DISTRATOR	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMINIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^	1
	FIXADOR EXTERNO MONOLATERAL ARTICULADO DE TORNOZELO ^	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA c	6
	BROCA CANULADA	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, deficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensa-fios depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. (B) Fixador externo monolateral dinâmico com unidade de compressão-distração indicado para os procedimentos com limitações ao uso do fixador circular, opção técnica pelo cirurgião, bilateral, obesos ou naqueles pacientes com comprometimento e lesão do compartimento lateral da perna. Trata-se de fixador modular e a configuração do número e modelos de clamps e tamanho do trilho depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. (c) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior numero de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso.	

Nome do procedimento	10.28 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ARTROPATIA DE CHARCOT COM CORREÇÃO DE DEFORMIDADES E ARTRODESES UTILIZANDO FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA NO TORNOZELO E PÉ		
Descrição do procedimento	Realiza-se artrodeese modelante da articulação responsável pela deformidade predominante ou osteossíntese da fratura desviada, seja no tornozelo, retropé, médiopé ou antepé, com fixação externa definitiva transarticular entre perna e pé, utilizando correção aguda ou progressiva. Deformidades compensatórias ou associadas podem ser abordadas com osteotomias corretivas supramaleolares ou em segmentos do pé, por meio de acessos cirúrgicos distintos. Focos de osteomielite são desbridados por ressecção segmentar ou intralesional, com realização de sequestrectomia. A liberação dos feixes vâsculo-nervosos é frequentemente necessária, especialmente em casos de deformidades severas em pronação ou supinação. Tenotomias, tenólises e tenoplastias podem ser empregadas para facilitar correções angulares ósseas ou restaurar a função tendínea, em presença de aderências por cicatrizes ou decorrentes da patologia de base. Enxertos ósseos autólogos são utilizados para preenchimento de falhas ósseas, reforço estrutural em segmentos acometidos por osteonecrose, osteoporose ou osteodistrofia, além de estimular a consolidação de fraturas e artrodeses realizadas.		
CIDs do Procedimento	M14.6 E10.7 E11.7 E13.7 M00.9 M01.1 M02.3 M21.6 M21.7 M25.5 M25.6		
Indicação	Quadros de dor refratária secundária à osteonecrose dos ossos do tornozelo e/ou pé por artropatia neuropática de Charcot no estágio III de Eichenholtz, com deformidades estruturais adquiridas que levam ao pé não plantígrado ou ulceração recorrente. Indica-se intervenção com fixação externa definitiva em casos com osteomielite concomitante, pseudartrose, encurtamento, perda óssea, deformidades angulares e/ou rotacionais complexas, especialmente aquelas que demandam correção gradual. Incluem-se ainda casos com risco aumentado de infecção ou colapso articular progressivo.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador		
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.29.35-1	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo		13A
3.07.29.04-1	Artrodeese de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico¹		10C
3.07.28.04-5	Artrodeese ao nível do tornozelo - tratamento cirúrgico¹		10C
3.07.29.05-0	Artrodeese metatarso - falângica ou interfalângica - tratamento cirúrgico¹		8A
3.07.27.16-2	Osteotomias e/ou pseudartroses - tratamento cirúrgico¹		9A
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico¹		11C
3.07.29.20-3	Osteotomia ou pseudartrose dos metatarsos/falanges - tratamento cirúrgico¹		8A
3.07.27.15-4	Osteomielite dos ossos da perna - tratamento cirúrgico		6A
3.07.29.03-3	Artrite ou osteoartrite dos ossos do pé (inclui osteomielite) - tratamento cirúrgico		8C
3.14.03.28-0	Neurólise das síndromes compressivas		6C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso		10A
3.07.31.11-9	Tenoplastia / enxerto de tendão - tratamento cirúrgico		6A
3.07.31.20-8	Tenotomia		5B
3.01.01.87-5	Tratamento de escaras ou ulcerações com retalhos cutâneos locais		9A
3.07.13.04-8	Enxertos em outras pseudartroses		7C
3.07.29.10-6	Deformidade dos dedos - tratamento cirúrgico		8A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B

OPMEs	Descrição		Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR EM BAIXO PESO (ALUMINIO, FIBRA, TITÂNIO) POR SEGMENTO ADULTO ^A		1
	PLACA DE PÉ EM U MULTIFUROS		1
	PINO DE SCHANZ EM AÇO INOX REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA ^B		12
	SERRA DE OSSO		1
	BROCA DE OSSO		1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^c		1
	SUPORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^c		6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUPORTE (POR SEGMENTO)		6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT		6
	ENXERTO ÓSSEO INORGÂNICO		∞
Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)	
Anestesia			
Resolubilidade	Alta		
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS OBS 1: Exige uma abordagem individualizada e multifásica. A ampla variabilidade das apresentações clínicas, desde deformidades em regiões anatômicas diferentes, podendo ser classificadas por Brodsky (Tipo 1: envolve as articulações tarsometatarsais e naviculocuneiformes. Tipo 2: envolve a articulação subtalar e/ou a articulação de Chopart. Tipo 3A: envolve a articulação do tornozelo. Tipo 3B: envolve fratura da tuberosidade posterior do calcâneo), requer um planejamento cirúrgico meticuloso, baseado em princípios de reconstrução funcional e biomecânica. A escolha das técnicas é feita de forma "à la carte", combinando diferentes métodos de fixação interna e externa, transferência tendínea e substituição óssea, sempre priorizando o alinhamento, a estabilidade e a função do membro.		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) A escolha do procedimento é a critério do cirurgião de acordo com a complexidade, técnica e achados clínicos.		
	OPMEs (^A) Fixador externo circular em baixo peso (alumínio, fibra de carbono, titânio) por segmento adulto. Apresenta indicação nos casos de pacientes com osteoporose difusa idiopática ou pós-traumática, deficit neurológico com paresia, déficit de força por atrofia muscular, montagem de fixador em mais de um segmento longo, idosos, crianças. Trata-se de fixador modular e a configuração do número de anéis, semi-anéis, hastes, postes de fixação de pinos, parafusos de fixação e tensões depende da montagem a la carte do cirurgião, padrão da deformidade e do modelo da prótese. (^B) Pino de Schanz em aço inox revestido com hidroxiapatita – indicado para fixação definitiva com fixador externo em casos de osteoporose no segmento, nas regiões metafisária ou epifisária, nos tratamentos prolongados ou em pacientes idosos e crianças devido à menor qualidade óssea, sendo esses critérios independentes entre si. Caso necessite de maior numero de pinos deverá ser justificado. O prestador deverá encaminhar relatório médico detalhado com a justificativa e documentos comprobatórios do uso. (^c) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional. ∞ A quantidade em peso ou volume do enxerto ósseo sintético será determinada pela falha óssea documentada pré-operatória em exames de imagem ou pela falha óssea estimada pelo cirurgião após a ressecção óssea necessária justificada em relatório médico.		

Nome do Procedimento	10.29 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO SINDRÔMICO E/OU INVETERADO E/OU RECIDIVADO - FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	A idade, o peso, o estágio, a gravidade e o número de deformidades do paciente podem indicar quais procedimentos têm maior chance de sucesso. Inicia-se com a correção necessária das partes moles associadas, como o alongamento dos tendões tibial posterior, tendão calcâneo, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos. O alongamento muscular do tríceps sural nas zonas 1 e 2 pode ser necessário. Realiza-se a exploração e neurólise do tibial. Na presença de cicatrizes cirúrgicas ou bandas de constrição congênita, pode ser necessária a associação de neurólise adicional de outros nervos do tornozelo e pé. As deformidades ósseas são multiplanares no tornozelo e pé, sendo necessário associar osteotomias ao nível do tornozelo, retropé e mediopé. Devido à deformidade rígida complexa rotacional e em plano oblíquo de grande amplitude no mediopé, a correção gradual da deformidade e o alongamento do mediopé com fixação externa definitiva no pé são necessários nesta situação. O encurtamento do membro é corrigido por meio da aplicação de fixação externa definitiva dinâmica na perna, permitindo o alongamento ósseo e a correção rotacional.	
CIDs do Procedimento	Q66.0 Q66.1 Q66.2 Q66.8 Q66.9 M25.6	
Indicação	Paciente com pé torto congênito síndrômico, inveterado e/ou recidivado, apresentando deformidades moderadas a graves, rígidas e refratárias a tratamentos conservadores ou cirúrgicos convencionais.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.29.23-8	Tratamento cirúrgico do pé torto congênito (um pé)	12C
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.28.17-7	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O PÉ	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	8
	PROTETOR DE PINO (POR SEGMENTO)	6
	BORRACHA PARA PINO	6
	LÂMINA DE SERRA CIRÚRGICA DELICADA PARA OSSO	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^A	1
	SUPORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^A	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUPORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT	6
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.	

Nome do Procedimento	10.30 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO ADQUIRIDO COM FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	A idade, o peso, o estágio degenerativo, a gravidade e o número de deformidades do pé torto adquirido podem indicar quais procedimentos têm maior chance de sucesso. Inicia-se com a correção necessária das partes moles associadas, como o alongamento dos tendões tibial posterior, tendão calcâneo, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos. O alongamento muscular do tríceps sural nas zonas 1 e 2 pode ser necessário. Realiza-se a exploração e neurólise do tibial posterior. Na presença de cicatrizes cirúrgicas ou bandas de constrição congênita, pode ser necessária a associação de neurólise adicional de outros nervos do tornozelo e pé. As deformidades ósseas são multiplanares no tornozelo e pé, sendo necessário associar osteotomias ao nível do tornozelo, retropé e mediopé ou eventualmente artrodeses do tornozelo, subtalar ou médio. Devido à deformidade rígida complexa rotacional e em plano oblíquo de grande amplitude no mediopé, a correção gradual da deformidade e o alongamento do mediopé com fixação externa definitiva no pé são necessários nesta situação. Se presente, o encurtamento do membro pode ser corrigido por meio da aplicação de fixação externa definitiva dinâmica na perna, permitindo o alongamento ósseo e a correção rotacional.	
CIDs do Procedimento	Q66.0 Q66.1 Q66.2 Q66.8 Q66.9 M25.6	
Indicação	Paciente com pé torto congênito síndrômico, inveterado e/ou recidivado, apresentando deformidades moderadas a graves, rígidas e refratárias a tratamentos conservadores ou cirúrgicos convencionais.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética.	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.29.19-0	Osteotomia ou pseudartrose do tarso e médio pé - tratamento cirúrgico	11C
3.07.28.17-7	Pseudartroses e ou osteotomias - tratamento cirúrgico	9B
3.07.29.04-1	Artrodesse de tarso e/ou médio pé - tratamento cirúrgico	10C
3.07.31.09-7	Tenólise no túnel osteofibroso	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
3.07.31.20-8	Tenotomia	5B
3.07.30.01-5	Alongamento	2C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA PERNA	1
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR ILIZAROV INFANTIL OU ADULTO EM BAIXO PESO PARA O PÉ	1
	PINO DE SCHANZ REVESTIDO COM HIDROXIAPATITA	8
	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR HEXAPODAL (POR SEGMENTO) ^A	1
	SUPORTE DE AJUSTE HEXAPODAL - STRUT (POR SEGMENTO) ^A	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DA HASTE SUPORTE (POR SEGMENTO)	6
	CLIP DE IDENTIFICACAO DE SENTIDO DO STRUT	6
	PROTECTOR DE PINO (POR SEGMENTO)	6
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 a 12 meses	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Nas situações em que estão presentes deformidades complexas, como deformidades em planos oblíquos, grande amplitude angular (> 20 graus) associada a deformidade rotacional, é indicado o uso do fixador externo circular hexapodal. Esse método apresenta vantagens evidentes para o paciente, conforme descrito na literatura, sendo realizado em um único tempo e de forma progressiva, sem necessidade de revisões cirúrgicas. Ele permite a correção em todos os planos, incluindo translação e rotação, o que não é possível com o fixador circular convencional.	

Nome do Procedimento	10.31 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BRAQUIMETATARSIA COM FIXAÇÃO EXTERNA DEFINITIVA	
Descrição do procedimento	Fixação externa definitiva em um ou mais raios do pé acometidos pela braquimetatarsia com fixador externo monolateral mini próprio para pequenos ossos e com distrator que permita o alongamento ósseo, fixado no osso através de pinos rosqueados de Schanz. Realiza-se a corticotomia no metatarso para alongamento ósseo através da osteogênese por distração progressiva. Necessário a estabilização metatarsofalangeana por fio metálico intramedular ou por fixação externa transarticular. Quando existe deformidade angular do raio, a correção pode ser realizada agudamente nas deformidades menores que não interfiram na osteogênese por distração ou podem ser realizadas progressivamente e concomitante ao alongamento com o uso de fixadores articulados. Pode ser necessário, a la carte, a realização de tenolises e neurólises adjacentes.	
CIDs do Procedimento	Q72.8 Q72.9 Q87.2 M21.4 Q66.8	
Indicação	Deformidade congênita ou adquirida do pé com acometimento maior do comprimento do metatarso de um ou mais raios, que interfiram no arco metatarsiano e na pisada.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	- Comprometimento vascular severo e irreversível; - Doenças neuromusculares descontroladas; - Paciente não colaborativo; - Alergia ao material do fixador	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples, Tomografia Computadorizada.	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.23.13-2	Fixação externa definitiva dinâmica, com fixador externo	13A
3.07.31.10-0	Tenólise/tendonese - tratamento cirúrgico	4C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa)	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	FIXADOR EXTERNO DINÂMICO PARA ALONGAMENTO ÓSSEO DE METATARSO	1
	CLAMP METAFISÁRIO DE FIXADOR DE METATARSO	1
	PINO DE SCHANZ ESTREITO PARA METATARSO	6
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 6 meses	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome do procedimento	10.32 — OSTEointegração Transcutânea em Coto de Amputação Transfemural	
Descrição do procedimento	Acesso em região distal de coto de amputação, dissecação por planos, exposição óssea, osteotomia do fêmur, encurtamento e regularização do osso amputado, fresagem do canal intramedular, inserção de endoprótese sob press-fit guiado por intensificador, realização de cobertura óssea por retalho muscular e sutura em bolsa de tabaco. Rotação de retalho cutâneo, fechamento por planos e sutura.	
CIDs do Procedimento	S78.0 S78.1 S88.0 S98.2 Z89.4 Z89.5 Z89.6 Z89.8 Z89.9 C40.2 C40.3 C40.8 C40.9 G54.6 G54.7 R52.1 T87.4 T87.5 L97 M89.1	
Indicação	São elegíveis para a cirurgia de osteointegração pacientes que apresentam problemas com próteses de encaixe convencionais (como desconforto, dor, incapacidade de uso, ulcerações, coto curto e transpiração excessiva), possuem maturidade esquelética completa, anatomia esquelética normal, idade entre 20 e 70 anos, histórico médico adequado para o procedimento e que concordam em cumprir o programa de tratamento e reabilitação proposto.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Contraindicação absoluta: - Pacientes gestantes, com esqueleto imaturo, submetidos previamente à radioterapia no osso a ser abordado; - Imunodeprimidos, submetidos à quimioterapia nos últimos 6 meses, com idade superior a 70 anos; - Instabilidade psicológica; - Infecção ativa sistêmica ou no coto de amputação possuem contraindicação absoluta ao método. Contraindicação relativa: - Pacientes fumantes e com peso corporal acima de 120 kg	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.24.05-8	Artroplastia (qualquer técnica ou versão de quadril) - tratamento cirúrgico ²	11C
3.14.03.35-2	Transposição de nervo ¹	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ¹	5B
3.14.03.13-1	Extirpação de neuroma	4A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Endoprótese de osteointegração para fêmur diafisário	1
	Lâmina de serra de osso	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A utilização de todos os componentes da endoprótese é necessária para a sua montagem e implantação: hastes 120/140/160 mm, adaptador intermediário, parafuso intraprotésico, disco primário, disco secundário, parafuso para disco, adaptador para prisma tipo bike. De acordo com cada especificação técnica de cada modelo.	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES ⁽¹⁾ Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos por nervo: 3.14.03.35-2 ou 3.14.03.12-3. Indicado nos pacientes com dor neuropática, dor mista crônica, neuroma doloroso e dor do membro fantasma para : -Targeted Muscle Reinnervation -RPNI : Regenerative periperal nerve interface.	
	⁽²⁾ O código do procedimento não é específico para a implantação da prótese sendo uma adaptação por similaridade.	

Nome do procedimento	10.33 — OSTEointegração Transcutânea em Coto de Amputação Transtibial	
Descrição do procedimento	Acesso à região distal do coto de amputação, dissecação por planos, exposição óssea, osteotomia, encurtamento e regularização do osso da tíbia. Osteotomia de encurtamento da fíbula. Fresagem do canal intramedular da tíbia, inserção de endoprótese sob press-fit guiado por intensificador, realização de cobertura óssea por retalho muscular e sutura em bolsa de tabaco. Rotação de retalho cutâneo, fechamento por planos e sutura.	
CIDs do Procedimento	S78.0 S78.1 S88.0 S98.2 Z89.4 Z89.5 Z89.6 Z89.8 Z89.9 C40.2 C40.3 C40.8 C40.9 G54.6 G54.7 R52.1 T87.4 T87.5 L97 M89.1	
Indicação	São elegíveis para a cirurgia de osteointegração pacientes que apresentam problemas com próteses de encaixe convencionais (como desconforto, dor, incapacidade de uso, ulcerações, coto curto e transpiração excessiva), possuem maturidade esquelética completa, anatomia esquelética normal, idade entre 20 e 70 anos, histórico médico adequado para o procedimento e que concordam em cumprir o programa de tratamento e reabilitação proposto.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Contraindicação absoluta: - Pacientes gestantes, com esqueleto imaturo, submetidos previamente à radioterapia no osso a ser abordado; - Imunodeprimidos, submetidos à quimioterapia nos últimos 6 meses, com idade superior a 70 anos; - Instabilidade psicológica; - Infecção ativa sistêmica ou no coto de amputação possuem contraindicação absoluta ao método. Contraindicação relativa: - Pacientes fumantes e com peso corporal acima de 120 kg	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.26.03-4	Artroplastia total de joelho com implantes - tratamento cirúrgico ²	10B
3.14.03.35-2	Transposição de nervo ¹	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ¹	5B
3.14.03.13-1	Extirpação de neuroma	4A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Endoprótese de osteointegração para tíbia diafisária	1
	Lâmina de serra de osso	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A utilização de todos os componentes da endoprótese é necessária para a sua montagem e implantação: hastes 120/140/160 mm, adaptador intermediário, parafuso intraprotésico, disco primário, disco secundário, parafuso para disco, adaptador para prisma tipo bike. De acordo com cada especificação técnica de cada modelo. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos por nervo: 3.14.03.35-2 ou 3.14.03.12-3. Indicado nos pacientes com dor neuropática, dor mista crônica, neuroma doloroso e dor do membro fantasma para : -Targeted Muscle Reinnervation -RPNI : Regenerative peripheral nerve interface. (²) O código do procedimento não é específico para a implantação da prótese sendo uma adaptação por similaridade.	

Nome do procedimento	10.34 — OSTEointegração Transcutânea em Coto de Amputação Transumeral	
Descrição do procedimento	Acesso à região distal do coto de amputação, dissecação por planos até a exposição óssea, osteotomia para encurtamento e regularização do osso do úmero, fresagem do canal intramedular da tíbia, inserção de endoprótese sob técnica press-fit guiada por intensificador de imagem, realização de cobertura óssea com retalho muscular e sutura em bolsa de tabaco, rotação de retalho cutâneo para otimização da cobertura, fechamento por planos e sutura da pele conforme técnica apropriada.	
CIDs do Procedimento	Z89.8 Z89.9 C40.8 C40.9 G54.6 G54.7 R52.1 T87.4 T87.5 M89.1 C40.0 C40.1 L98.4 S58.1 S58.0 S58.9	
Indicação	São elegíveis para a cirurgia de osteointegração pacientes que apresentam problemas com próteses de encaixe convencionais (como desconforto, dor, incapacidade de uso, ulcerações, coto curto e transpiração excessiva), possuem maturidade esquelética completa, anatomia esquelética normal, idade entre 20 e 70 anos, histórico médico adequado para o procedimento e que concordam em cumprir o programa de tratamento e reabilitação proposto.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Contraindicação absoluta: - Pacientes gestantes, com esqueleto imaturo, submetidos previamente à radioterapia no osso a ser abordado; - Imunodeprimidos, submetidos à quimioterapia nos últimos 6 meses, com idade superior a 70 anos; - Instabilidade psicológica; - Infecção ativa sistêmica ou no coto de amputação possuem contraindicação absoluta ao método. Contraindicação relativa: - Pacientes fumantes e com peso corporal acima de 120 kg	
Exames da Indicação	Relatório detalhado. Radiografias Simples e Panorâmica, Escanometria dos Membros Inferiores, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.07.19.02-0	Artroplastia total com implante ²	11A
3.14.03.35-2	Transposição de nervo ¹	10A
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervo (neurólise externa) ¹	5B
3.14.03.13-1	Extirpação de neuroma	4A
3.01.01.71-9	Retalho muscular ou miocutâneo	10A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Endoprótese de osteointegração para úmero diafisário	1
	Lâmina de serra de osso	1
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Ambulatorial mensal por 4 a 6 meses	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS A utilização de todos os componentes da endoprótese é necessária para a sua montagem e implantação: hastes 120/140/160 mm, adaptador intermediário, parafuso intraprotésico, disco primário, disco secundário, parafuso para disco, adaptador para prisma tipo bike. De acordo com cada especificação técnica de cada modelo. SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos por nervo: 3.14.03.35-2 ou 3.14.03.12-3. Indicado nos pacientes com dor neuropática, dor mista crônica, neuroma doloroso e dor do membro fantasma para : -Targeted Muscle Reinervation -RPNI : Regenerative peripheral nerve interface. (²) O código do procedimento não é específico para a implantação da prótese sendo uma adaptação por similaridade.	

11 – ATUAÇÃO EM DOR (ABDOR)

Nome do Procedimento	11.1 — INFILTRAÇÃO DE PONTO-GATILHO		
Descrição do procedimento	A infiltração de ponto de gatilho é um procedimento terapêutico utilizado para tratar a dor miofascial, que é caracterizada pela presença de pontos de gatilho (trigger points). Esses pontos são áreas hiperirritáveis em bandas tensas do músculo esquelético, que podem causar dor referida e disfunção muscular.		
CIDs do Procedimento	M79.1 M79.7 M54.5 M54.8 M54.4 M62.0 M76.0		
Indicação	Dores musculares agudas e crônicas		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Infecção de pele		
Exames da Indicação	Avaliação clínica		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo) ¹		3A
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório		4A
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal. Retornar ao consultório após o fim do tratamento.		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	Procedimento realizado ambulatorialmente.		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Multiplicado pelo número de músculos infiltrados		
	OPMEs		
	(A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.2 — INJEÇÃO TOXINA BOTULÍNICA	
Descrição do procedimento	A injeção de Toxina botulínica é um procedimento terapêutico utilizado para tratar a dor miofascial, levando ao relaxamento da musculatura contraturada, além de ser utilizada para o tratamento da dor neuropática localizada, agindo na sensibilização periférica e central.	
CIDs do Procedimento	M79.1 G89 R51	
Indicação	Tratamento da dor crônica	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, Portadores de doenças autoimunes	
Exames da Indicação	Ultrassonografia, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.03.11.05-5	Injeção de toxina botulínica - monocular	3C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório	4A
OPMEs	Descrição	Quantidade
	TOXINA BOTULÍNICA	△
	AGULHAS 34G - 8mm ¹	1 agulha a cada 10 pontos
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal. Retornar ao consultório para reavaliação após 2 semanas.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Procedimento realizado ambulatorialmente. OPMEs ([^]) O número de agulhas utilizadas depende da área a ser infiltrada △ FRASCO/ AMPOLA TOXINA BOTULINICA - Quantidade à critério médico, devendo ser justificada. Por exemplo: Protocolo PREEMPT: 155 A 195 UNIDADES de toxina botulinica, distribuídas em 31 a 39 pontos de injeção. Utiliza-se 2 frascos de toxina botulinica (cada frasco tem 100 unidades) ou um Frasco / Ampola de 200 unidades. Se o número de unidades for ampliado até 195 unidades será necessário abrir os 2 frascos completamente.	

Nome do Procedimento	11.3 — ACUPUNTURA	
Descrição do procedimento	A acupuntura é uma opção de tratamento complementar que tem origem na medicina tradicional chinesa, realizada por meio do agulhamento de pontos específicos do corpo, para correção de desequilíbrios de energia. Este conjunto de conhecimentos médicos, sobretudo neuro-imuno-endócrinos, estimulam de forma invasiva, zonas neuroreativas de localização anatômica definida, com a finalidade de produzir neuromodulação gerando hipoalgesia e supressão de informações sensoriais, normalização de funções orgânicas e modulação imunitária.	
CIDs do Procedimento	M06 M19 M25.5 M54 M62 M65 M77 R52	
Indicação	Tratamento de dores agudas e crônicas	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, infecção sítio cirúrgico, distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Cintilografia óssea	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.16.01.01-4	Acupuntura por sessão	2C
OPMEs	Descrição	Quantidade
	AGULHAS DE ACUPUNTURA	△
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
☐ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e acompanhamento ambulatorial semanal	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Procedimento realizado ambulatorialmente. OPMEs △ Uma agulha por ponto anatômico	

Nome do Procedimento	11.4 — LASER		
Descrição do procedimento	O tratamento é feito através do laser de alta potência, capaz de penetrar profundamente nos tecidos celulares, reduzindo a inflamação e a dor, melhorando a circulação e promovendo a regeneração tecidual. Empregado nos quadros de dor musculoesquelética resultante de condições pós-traumáticas e crônicas, intervenções cirúrgicas e condições inflamatórias.		
CIDs do Procedimento	M06 M19 M25.5 M54 M62 M65 M77 R52		
Indicação	Tratamento de dor aguda e crônica		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação, Tumores, Pacientes com implantes metálicos, com histórias de crises convulsivas, problemas na retina, doenças autoimunes ou hipersensibilidade a luz		
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea		
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte	
3.16.02.21-5	Laser - por sessão	3A	
OPMEs	Descrição	Quantidade	
	APARELHO EMISSOR ENERGIA LASER	1	
☐ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)	
☐ Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e acompanhamento ambulatorial semanal		
☒ Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS Procedimento realizado ambulatorialmente.		

Nome do Procedimento	11.5 — TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE		
Descrição do procedimento	Terapia por ondas de choque é o tratamento não invasivo, realizado através de ondas mecânicas, acústicas de alta energia ou por meio de ondas de pressão. Este método tem como objetivo estimular a regeneração musculoesquelética e óssea, além do alívio da dor.		
CIDs do Procedimento	M54 M62 M65 M75 M76 M77 M79 M84.1		
Indicação	Tratamento de dor crônica, tendinopatias, entesopatias, dores miofasciais, pseudoartrose, úlceras de pressão		
Caráter da Indicação	Eletiva		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Tumores, Distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.30.12-0	Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles - acompanhamento 1ª aplicação¹		8A
3.07.30.13-9	Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles - acompanhamento reaplicações¹		4C
3.07.32.05-0	Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes ósseas - acompanhamento 1ª aplicação¹		8A
3.07.32.06-9	Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes ósseas - acompanhamento reaplicações¹		4C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ³		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ³		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	APARELHO EMISSOR DAS ONDAS ACÚSTICAS		1
Internação¹	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Sessões semanais ou mensais dependendo da patologia e tipo de onda, radial ou focal		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	Requer anestesia para casos de pseudoartrose de ossos longos ou que exijam maior energia		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Multiplicado conforme o número de áreas abordadas e não excludentes (²) Internação necessária, nos casos de pacientes em tratamento de pseudoartrose (³) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		

Nome do Procedimento	11.6 — PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA	
Descrição do procedimento	A punção articular é um procedimento terapêutico ou diagnóstico. Quando diagnóstico, retiramos material que será enviado para análise laboratorial e no caso dos procedimentos terapêuticos, injetamos substâncias para analgesia, lubrificação, regeneração.	
CIDs do Procedimento	M25.5 M17.0 M16.0 M75	
Indicação	Tratamento de dor aguda e crônica	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Gestantes, Infecção intra-articular, Distúrbios da coagulação nos casos terapêuticos	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.07.13.13-7	Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente ¹	4C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ²	4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ²	2B
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação após 1 semana.	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	OBS 1: Procedimento realizado a nível ambulatorial ou Hospitalar.	
	OBS 2: Sedação pode ser realizada nos pacientes com dor ou fobia	
SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
(1) Multiplicado pelo número de articulações abordadas		
(2) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		

Nome do Procedimento	11.7 — PUNÇÃO OU INFILTRAÇÃO EXTRA-ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA		
Descrição do procedimento	A punção extra-articular é um procedimento terapêutico ou diagnóstico. Quando diagnóstico, colhemos material que será enviado para análise laboratorial e no caso dos procedimentos terapêuticos, injetamos substâncias para analgesia, neurólise, regeneração.		
CIDs do Procedimento	M65.0 M65.2 M65.3 M65.9 M25.5 G89		
Indicação	Tratamento da dor aguda ou crônica		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia óssea		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC e RM, cobrar código correspondente ¹		4C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ²		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ²		2B
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia	
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação após 1 semana.		
Rastreabilidade			
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS		
	OBS 1: Procedimento realizado a nível ambulatorial ou Hospitalar.		
	OBS 2: Sedação pode ser realizada nos pacientes com dor ou fobia		
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(1) Multiplicado conforme os número de articulações abordadas		
	(2) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		
	OPMEs		
	(A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.8 — NEURECTOMIA PRÉ-SACRAL	
Descrição do procedimento	A neurectomia pré-sacral é um procedimento cirúrgico que consiste na ressecção ou interrupção dos nervos hipogástricos localizados no espaço pré-sacral, na região do plexo nervoso inferior, onde os nervos simpáticos que inervam a pelve convergem. Esse procedimento visa interromper a transmissão de sinais dolorosos provenientes da pelve, sendo particularmente indicado para o manejo de condições refratárias à terapia conservadora.	
CIDs do Procedimento	R10.2 R52.2	
Indicação	Dor Pelvica/Perineal	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Avaliação clínica, Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.13.07.10-8	Neurectomia pré-sacral ou do nervo gênitó-femoral	8B
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ¹	4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ¹	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO ^A	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos	
	OPMEs	
	(⁹) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.9 — BLOQUEIO FENÓLICO, ALCOÓLICO OU COM TOXINA BOTULÍNICA		
Descrição do procedimento	Procedimento realizado com fenol, álcool, toxina botulínica, na inervação periférica ou sistema nervoso autônomo para tratamento das dores axiais ou viscerais		
CIDs do Procedimento	M19.0 M79.1 M79.7 M54.5 M54.8 M54.4 R07 R10 R51		
Indicação	Tratamento de dor aguda ou crônica		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestante, Infecção sítio ou sistêmica, Insuficiência renal e hepática		
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
2.01.03.14-0	Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal ¹		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ²		2B
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ²		4A
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO ³		1
Internação	UTI 0 dia(s)		Quarto 1 dia(s)
Anestesia			
Resolutividade		Alta	
Seguimento		Tratamento adjuvante com fisioterapia, acupuntura e reavaliação em consultório após no mínimo 1 semana	
Rastreabilidade			
Comentários	OBS 1: Procedimento realizado a nível ambulatorial ou Hospitalar.		
	OBS 2: Sedação em ambiente ambulatorial ou hospitalar		
	(1) Multiplicado pelo número de níveis ou nervos abordados		
	(2) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos.		
(3) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.			

Nome do Procedimento	11.10 — BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS	
Descrição do procedimento	Procedimento médico que consiste na administração de agentes anestésicos próximos a um nervo ou grupo de nervos periféricos com o objetivo de interromper a condução dos impulsos nervosos sensoriais, motores e/ou autonômicos, de forma temporária e reversível.	
CIDs do Procedimento	R52.0 R52.1 R52.2 G56.0 G64 G90.0 G63.0 G56.9	
Indicação	Dor Aguda/ Dor Crônica	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética ou Avaliação clínica	
Códigos CBHPM	Descrição do procedimento	Porte
3.14.03.02-6	Bloqueio de nervo periférico ¹	3B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ²	2B
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ²	4A
☒ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
☒ Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
☒ Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES (¹) Multiplicado pelo número de estruturas nervosas abordadas, podendo haver bilateralidade (membros superiores e inferiores) (²) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.11 — BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNÓIDEO		
Descrição do procedimento	Procedimento médico que consistem na administração de agentes anestésicos ou solução de medicamentos no espaço peridural (epidural) ou no espaço subaracnóideo (intratecal), respectivamente, com o objetivo de bloquear a condução nervosa em segmentos específicos da medula espinhal e das raízes nervosas espinhais, permitindo manejo da dor crônica.		
CIDs do Procedimento	M54.8 M54.5 M54.2 M53.3 R52.1		
Indicação	Dorsalgias refratárias a tratamentos conservadores		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Cintilografia óssea ou Avaliação clínica.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.16.02.16-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide		3C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ¹		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ¹		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia	
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		
	OPMEs		
	(A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.12 — BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO	
Descrição do procedimento	O bloqueio do sistema nervoso autônomo é uma técnica de intervenção terapêutica que visa interromper temporária ou permanentemente a condução de impulsos nervosos em estruturas do sistema nervoso simpático ou parassimpático, com o objetivo de modular funções autonômicas e alívio da dor visceral ou somática associada. Esse bloqueio pode ser realizado por meio da administração de agentes anestésicos locais, agentes neuroablativos (como fenol ou álcool absoluto) ou neuroestimulação.	
CIDs do Procedimento	R10 R52	
Indicação	Os bloqueios autonômicos podem ser aplicados em locais específicos, como plexos (ex.: plexo celiaco, hipogástrico superior), gânglios (ex.: gânglio estrelado, gânglio ímpar) ou cadeias simpáticas (ex.: lombar ou torácica), dependendo da indicação clínica. São amplamente utilizados em condições de dor refratária (ex.: câncer visceral, dor neuropática), síndromes simpaticamente mediadas (ex.: síndrome complexa de dor regional) e desordens autonômicas (ex.: vasoespasmos ou hiperidrose).	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e/ou Critérios Clínicos	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.14.05.01-0	Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
3.16.02.07-0	Bloqueio anestésico simpático	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.13 — BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO		
Descrição do procedimento	O bloqueio do gânglio estrelado é uma técnica de bloqueio simpático que consiste na injeção de anestésico ou solução medicamentosa ao redor do gânglio estrelado, objetivando interromper temporariamente ou reduzir a atividade simpática no território suprido por este gânglio, que inclui a cabeça, o pescoço, o membro superior e a porção superior do tórax.		
CIDs do Procedimento	G90.5 G90.0 G90.8 R52.1 M89.1		
Indicação	Essa técnica é utilizada tanto com finalidades diagnósticas quanto terapêuticas, sendo indicada no manejo de condições como dor simpaticamente mantida (ex.: síndrome complexa de dor regional), vasoespasma periférico (ex.: fenômeno de Raynaud), hiperidrose facial, síndromes dolorosas neuropáticas e algumas condições de cefaleia e zumbido.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Avaliação clínica.		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.16.02.09-6	Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local		3C
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ¹		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ¹		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia	
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	(¹) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		
	OPMEs		
	(ª) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.14 — BLOQUEIO DO GÂNGLIO ESTRELADO - NEUROLÍTICO		
Descrição do procedimento	O procedimento consiste na administração de agentes neuroablativos, químico ou físico (como álcool, fenol ou calor/radiofrequência) no gânglio estrelado, objetivando interromper seletivamente e assim, reduzir a atividade simpática no território suprido por este gânglio, que inclui a cabeça, o pescoço, o membro superior e a porção superior do tórax.		
CIDs do Procedimento	G90.5 G90.0 G90.8 R52.1 M89.1		
Indicação	Tratamento de dor aguda ou crônica		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestantes, infecção sítio cirúrgico, distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.16.02.10-0	Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico		6B
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ¹		4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ¹		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 01 CÂNULA INFUSORA INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A		1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia	
Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação em 1 semana.		
Rastreabilidade			
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES		
	⁽¹⁾ Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos		
	OPMEs		
	^(A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.15 — BLOQUEIO DO PLEXO CELIACO	
Descrição do procedimento	Procedimento médico que consiste na administração de agentes anestésicos locais, com ou sem agentes neuroablativos (como álcool ou fenol), na região do plexo celiaco, visando interromper a transmissão de impulsos dolorosos provenientes das vísceras abdominais superiores. Ele pode ser realizado por abordagem anterior (via percutânea guiada por ultrassom ou tomografia) ou posterior (guiada por fluoroscopia ou ultrassom), com inserção de agulhas bilateralmente ao nível da vértebra L1.	
CIDs do Procedimento	R07 R10.1 R52.1	
Indicação	Utilizado principalmente no manejo da dor visceral crônica ou oncológica refratária, como no câncer de pâncreas, mas também em condições não malignas como pancreatite crônica ou dor isquêmica visceral.	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.05-3	Bloqueio anestésico de plexo celiaco	3C
3.14.05.01-0	Bloqueio do sistema nervoso autônomo	6A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.16 — BLOQUEIO NEUROLÍTICO DO PLEXO CELÍACO, SIMPÁTICO LOMBAR OU TORÁCICO	
Descrição do procedimento	Os bloqueios neurolíticos consistem na administração de agentes neuroablativos, químico ou físico (como álcool, fenol ou calor/radiofrequência) ao redor da cadeia simpática, localiza anterolateralmente aos corpos vertebrais. O objetivo é interromper a condução dos impulsos nervosos simpáticos aferentes e eferentes para modular a dor, além de melhorar a perfusão.	
CIDs do Procedimento	G54.6 G89.4 G90.5 I73 R07 R10 R52 M54	
Indicação	Tratamento de dor aguda ou crônica de dorsalgias	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Critérios clínicos	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.14-2	Bloqueio neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico	6B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação com 1 semana	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.17 — BLOQUEIO DE NERVOS ESPLÂNCNICOS		
Descrição do procedimento	O bloqueio esplâncnico é procedimento médico que consiste na administração de agentes anestésicos locais ou soluções medicamentosas, com ou sem agentes neuroablativos (como álcool ou fenol), nos nervos esplâncnicos maior, menor e mínimo, localizados ao nível torácico (T5-T12) antes de sua entrada no plexo celiaco.		
CIDs do Procedimento	R07 R10.1 R52.1		
Indicação	Essa técnica é utilizada principalmente no manejo da dor visceral crônica ou oncológica refratária, como em casos de câncer pancreático ou dor associada à pancreatite crônica. O bloqueio pode ser realizado por via percutânea posterior, geralmente através de abordagem paraespinhal ao nível de T11-T12, guiado por fluoroscopia, tomografia computadorizada ou ultrassonografia para garantir precisão e segurança.		
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente		
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação		
Exames da Indicação	Avaliação clínica, Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética		
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento		Porte
3.16.02.14-2	Bloqueio neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico		6B
3.16.02.15-0	Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo		6B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)		2B
OPMEs	Descrição		Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A		1
✓ Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia	
✓ Anestesia			
Resolutividade	Alta		
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.		
✓ Rastreabilidade			
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.		

Nome do Procedimento	11.18 — BLOQUEIO DO GÂNGLIO IMPAR	
Descrição do procedimento	O bloqueio do gânglio ímpar é uma técnica de bloqueio simpático que consiste na administração de agentes anestésicos locais e ou soluções medicamentosas, com ou sem agentes neuroablativos, no gânglio ímpar (ou gânglio de Walther)	
CIDs do Procedimento	M53.3 R10 R52.1	
Indicação	O bloqueio é utilizado principalmente no manejo de condições de dor pélvica crônica, como coccidínia, síndrome de dor regional complexa envolvendo a pelve, dor oncológica perineal (como em câncer de reto ou cólon) e neuralgias refratárias.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, também podendo ser somente com indicação clínica (coccigoidinea atraumatica)	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.14-2	Bloqueio neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico	6B
3.16.02.15-0	Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo	6B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.19 — BLOQUEIO SIMPÁTICO VENOSO	
Descrição do procedimento	É uma técnica intervencionista utilizada no tratamento de síndromes dolorosas crônicas e distúrbios vasculares relacionados ao sistema nervoso autônomo. Consiste na administração de agentes farmacológicos ou no uso de tecnologias ablativas (como radiofrequência) para interromper a transmissão simpática em nervos ou plexos específicos que influenciam o sistema vascular, com o objetivo de melhorar o fluxo sanguíneo venoso e reduzir a dor.	
CIDs do Procedimento	R52 M79.7 G89	
Indicação	Tratamento da dor neuropática ou isquêmica mediada pelo sistema simpático. Os alvos anatômicos incluem os gânglios simpáticos lombares ou torácicos, dependendo da área a ser tratada (membros inferiores, superiores ou região central).	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, Arritmias	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.17-7	Bloqueio simpático por via venosa ¹	3A
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Reavaliação ambulatorial após 1 semana	
Rastreabilidade		
Comentários	OBSERVAÇÕES GERAIS	
	Sedação necessária nos pacientes ansiosos e com fobia	
	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Podem ser necessários bloqueios seriados para a resposta duradoura e efetiva.	
	(²) Medicações que podem ser administradas: Lidocaína, Quetamina, Magnésio, Complexo B	

Nome do Procedimento	11.20 — BLOQUEIO SIMPÁTICO LOMBAR	
Descrição do procedimento	Procedimento médico que consiste na administração de agentes anestésicos locais e ou solução medicamentosa, com ou sem agentes neuroablativos, ao redor da cadeia simpática lombar, que se localiza anterolateralmente aos corpos vertebrais lombares, ao nível de L2-L4. O objetivo é interromper a condução dos impulsos nervosos simpáticos aferentes e eferentes para modular a dor e melhorar a perfusão das extremidades inferiores.	
CIDs do Procedimento	G54.6 G90.5 I73 M54 R52.1 R52.2	
Indicação	É indicado no manejo de condições como dor simpaticamente mediada (ex.: síndrome complexa de dor regional - tipos I e II), Isquemia crítica de membros inferiores (ex.: doença arterial periférica), Fenômeno de Raynaud, Dor visceral crônica de origem pélvica ou abdominal inferior e dor lombar.	
Caráter da Indicação	Eletiva	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Exames laboratoriais, Imagem e ou indicação clínica	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.06-1	Bloqueio anestésico de simpático lombar	3C
3.16.02.07-0	Bloqueio anestésico simpático	4C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS. ^A	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação.	
Rastreabilidade		
Comentários	OPMEs (^A) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

Nome do Procedimento	11.21 — BLOQUEIO PERIDURAL SACRAL - NEUROLÍTICO	
Descrição do procedimento	No bloqueio neurolítico, uma substância química ou física (como álcool, fenol ou calor/radiofrequência) é usada para danificar ou destruir seletivamente a condução nervosa em segmentos específicos da medula espinhal e das raízes nervosas espinhais, permitindo manejo da dor crônica.	
CIDs do Procedimento	M54.8 M54.5 M54.2 M53.3 R52.1	
Indicação	Dor lombar e sacral refratária	
Caráter da Indicação	Depende da condição do paciente	
Contraindicação	Gestantes, Infecção sítio cirúrgico, Distúrbios da coagulação	
Exames da Indicação	Radiografia, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética	
Códigos CBHPM	Decrição do procedimento	Porte
3.16.02.15-0	Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo	6B
4.09.02.05-6	US - Intra-operatório ¹	4A
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) ¹	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	KIT DESCARTÁVEL COM 02 CÂNULAS INFUSORAS INTEGRADAS COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO, SONOVISÍVEIS ^A	1
Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)/ Hospital dia
Anestesia		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Tratamento multimodal e retorno ambulatorial para reavaliação em 1 semana.	
Rastreabilidade		
Comentários	SOBRE AS CODIFICAÇÕES	
	(¹) Procedimento pode ser guiado por US e/ou radioscopia não sendo excludentes os códigos	
	OPMEs	
	(⁹) Gauge e demais características das canulas poderá variar, à critério médico.	

A proposta desta secção é ser simples, apresentando uma fonte de consulta rápida para que nossos associados SBOT saibam de seus direitos ao solicitar seus procedimentos, principalmente em situações eventuais de excesso das operadoras de saúde. Este capítulo está diagramado da seguinte forma: de um lado temos uma lista das situações e exemplos mais comuns de abusos de auditoria, operadoras de saúde e hospitais; e do outro lado, as normativas legais e do Código de Ética Médica que possam inibir este tipo de abusos, caso sejam identificados. Embora a fiscalização seja uma função dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), é esperado que qualquer médico mantenha um comportamento ético e atue em benefício do paciente, além de zelar pelo bom desempenho da profissão. Este preceito é encontrando em nosso Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018, em vigor desde 2019), conforme abaixo:

Princípios Fundamentais

- **Princípio XII:** O médico deve “*zelar pela boa reputação da profissão e pelo bom conceito da medicina*”. Isso implica colaborar para evitar práticas antiéticas de colegas e denunciar condutas que prejudiquem pacientes ou maculem a profissão.
- **Princípio XXII:** O médico deve “*exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, salvo em casos de ausência de outro médico, em situações de urgência e emergência ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente*”. A autonomia é acompanhada de responsabilidade ética perante os pares e a sociedade.

Capítulo XI — Relação entre médicos

- **Art. 48:** É vedado ao médico “deixar de denunciar às autoridades competentes atos de colegas que infrinjam os postulados éticos da profissão ou que caracterizem exercício ilegal da medicina”.
- **Art. 49:** É vedado ao médico “acobertar erro ou conduta antiética de colega”.

Esses artigos reforçam o **dever de fiscalização ativa** do médico — não apenas dos Conselhos, mas de todo profissional, **inclusive os próprios médicos auditores e diretores técnicos das operadoras de saúde em caso de desvio de conduta do médico assistente**.

Na prática médica, cada vez mais gastamos nosso tempo, em que deveríamos estar assistindo nossos pacientes, com preenchimento de burocracias, justificativas redundantes ou respostas à questionamentos infundados. Mas devido nosso escasso tempo, sempre nos falta o argumento certo para citá-lo nas justificativas aos planos de saúde. Ou ainda, desconhecemos totalmente nossos direitos e os limites das operadoras de saúde, e justamente por isso sempre estivemos subjugados aos planos de saúde. Neste sentido, este capítulo tenta ajudar os colegas no acesso rápido aos seus direitos, que no final das contas impacta diretamente na saúde de nossos pacientes.

DR. WUILKER KNONER CAMPOS

MÉDICO CONSULTOR EM CODIFICAÇÃO MÉDICA

Legendas:

■ MA = Médico assistente	■ ANS = Agência Nacional de Saúde
■ PEP = Processo ético profissional	■ CEM = Código de Ética Médica
■ CFM = Conselho Federal de Medicina	■ AMB = Associação Médica Brasileira

1

Auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Desta forma, o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16º, 19º, 81º, 108º, 118º e 121º

Comentário:

Ou seja, auditoria é um ato médico igual o seu quando faz uma consulta, um exame ou procedimento. Desta forma, o resultado final de um documento de auditoria (negativas, glosas, etc) pode ter um impacto negativo na saúde do paciente, tanto quanto um lado de um exame que possa vir errado, e o médico na função de auditor pode responder por isso perante ao CRM, se for acionado.

- Resolução CFM no 1.614/2001
- Cap. VII, Código de Ética Médica
- Capítulo XI, Código de Ética Médica
- CONSU Nº 8
- RN Nº 363 da ANS 2014
- Lei 9.961 de 2000 da ANS
- Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

2

Os auditores ou suas empresas de auditoria devem possuir inscrição CRM na jurisdição onde foi prestada a auditoria

Comentário:

Essa é uma situação bem comum, onde um médico na função de auditor de outro estado pratica o seu ato médico (auditoria) no estado onde foi requisitado auditoria, porém sem inscrição local, o que pode configurar infração ética, conforme artigo supracitado

- Art.1º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

3

Pedidos de exames ou procedimentos negados pelo plano devem vir com nome e CRM do Auditor, além de suas alegações fundamentadas por escrito

Comentário:

Alguns sistemas de saúde mal estruturados ou com má-fé produzem documentação de auditoria negando solicitações médicas (exames, procedimentos), e que são enviados propositalmente sem nenhuma identificação do médico responsável por aquela auditoria (negativa). Auditoria é um ato médico, deve sempre vir com nome do médico e seu CRM. E não só isso, essa negativa deverá conter o racional ou citação da doutrina que fundamentou a negativa. Desta forma, tanto o auditor quanto o diretor técnico do plano que cometeu uma dessas infrações podem ser denunciados no CRM local.

- Art.4º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

4

Auditor tem que ter sigilo profissional no ato de auditoria. Não pode fazer anotações no prontuário do paciente

- Art.6º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

Somente o médico assistente poderá fazer anotações no prontuário do paciente

5

Auditor pode solicitar por escrito esclarecimentos ao médico assistente sobre o procedimento solicitado

- Parágrafo 3º, Art.6º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Certamente um direito do médico auditor solicitar esclarecimentos, dúvidas, e até um refinamento melhor da indicação do exame/procedimento. Isso é totalmente diferente da negativa pela negativa sem fundamentação, ou ainda interferir no exame/tratamento proposto pelo médico assistente

6

Auditor pode acessar in loco o prontuário, não pode retirar

- Art.7º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

O prontuário médico não pode sair das dependências do hospital onde o paciente foi ou está internado para qualquer tipo de auditoria, salvo quando paciente/responsável autorizar ou quando solicitado pelo CRM para apuração de infrações éticas

7

Auditor pode acompanhar procedimento, desde que autorizado pelo MA ou familiar

- Parágrafo 3º, Art.7º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Cada vez mais comum o plano enviar auditor para acompanhar a execução de exames/procedimentos solicitados. Entretanto, se o médico assistente se sentir cerceado ou desconfortável com esta situação, é direito do mesmo não autorizar este tipo de prática. Mesmo que o paciente autorize, a autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho

8

É VEDADO ao médico auditor interferir ou modificar pedidos pelo MA, assim como é VEDADO impor técnica ou materiais distintos do solicitados pelo MA

- Art.8º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art.52º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art.94º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art.97º, Cap. XI, Código de Ética Médica
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Essa talvez seja imposição mais comum que o MA enfrenta no seu dia-dia, pois quando o plano de saúde representado por seu auditor NEGA o seu pedido médico (exame/procedimento) ele faz exatamente isso, VETA um pedido médico. Ou ainda sugere outro exame, outro procedimento ou ainda modifica o pedido sugerindo outro material diferente do solicitado.

Entretanto, se o médico assistente se sentir cerceado ou desconfortável com esta situação, é direito do mesmo não autorizar este tipo de prática. Mesmo que o paciente autorize, a autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

9

As operadoras de saúde devem respeitar a autonomia do MA e paciente com relação ao tratamento ou exame pedido

- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

É direito do MA indicar o procedimento (exame/procedimento) adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

10

Auditor não pode penalizar o MA

- Art.11º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art. 47º CEM

Comentário:

Não é incomum o auditor induzir uma penalidade ao MA como forma de cercear a autonomia do médico. As penalidades podem ser desde restrições de honorários, solicitar “corregedoria”, assédio moral, dentre outros, incorrendo totalmente em infração ética. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

No Art. 47 do CEM reporta explicitamente que é vedado ao médico se aproveitar de sua posição hierárquica por motivo econômico ou outros para impedir o melhor tratamento ao paciente.

11

Auditor poderá recomendar medidas corretivas em seu relatório

- Art.11º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

É direito do médico auditor solicitar as correções necessárias para a devida execução do exame/procedimento, no sentido de adequação do pedido, sem, contudo, modificar ou vetar o pedido original, salvo em situação de evidente benefício ao paciente. A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho.

12

Auditor não pode intermediar acordos entre prestador/operadora que limitem o exercício profissional

- Art.12º, Resolução CFM no 1.614/2001

Comentário:

A autonomia do MA deverá sempre ser respeitada e o mesmo não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições prejudiquem a eficácia e execução de seu trabalho. Eventualmente acontece do plano de saúde “oferecer” uma opção mais barata ao que foi pedido originalmente

13

Auditor não pode ter gratificação pelas negativas e glosas

- Art.13º, Resolução CFM no 1.614/2001
- Art.96º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

A remuneração do ato médico pela auditoria deverá ser única e exclusivamente pelos honorários deste, sendo uma infração ética o médico na função de auditoria receber bonificações por desempenho quando o resultado final deste seja a negativa e restrição do pedido médico feito pelo MA

14

Auditor não pode fazer quaisquer comentários sobre o MA na presença do paciente

- Art.94º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Eventualmente (raramente) quando auditoria médica é presencial ou por troca de mensagens, o paciente fica em contato com médico auditor. Neste momento, comentários da parte do auditor sobre a suficiência técnica ou qualquer outro pejorativo é totalmente recriminada e interfere diretamente na relação do paciente com seu MA, salvo em situações de absoluta certeza do relato e com denúncia e provas.

15

Auditor não pode extrapolar suas atribuições

- Art.98º, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Ao indicar outro profissional ao paciente que não o MA do mesmo, indicar outro tratamento, indicar outro material ou exame, intermediar negociações, dentre outras situações, o auditor extrapola suas atribuições

16

Auditor deve ser remunerado de forma justa

- Parágrafo único, Cap. XI, Código de Ética Médica

Comentário:

Como um ato médico, a auditoria deverá ser remunerada de forma justa e condizente com o trabalho executado nas formas de 2ª ou 3ª opinião, e impedindo que empresas de auditoria exerçam a medicina como forma de comércio, retendo inclusive honorários destes.

17

Auditor não pode desviar pacientes do MA

- Art.53º, Cap. VII, Código de Ética Médica
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Ocorre quando o auditor induz o paciente a procurar outro profissional do plano, normalmente relacionado à conflito de interesses, sendo uma prática totalmente condenável e antiética

18

MA tem direito de solicitar 3ª Opinião, que deverá ser de um especialista na área em até 5 dias

- Parágrafo V, Art.4º CONSU Nº 8
- Art.6º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Em havendo negativa do plano em relação à sua solicitação, é direito garantido do MA solicitar junta médica (3ª opinião), e que este profissional desempatador seja um nome de comum acordo, e principalmente que o mesmo seja especialista no assunto debatido (com RQE e pertencente à sociedade de especialidade relacionado ao pleito). O diretor técnico do plano é a figura a ser denunciada nesta questão

19

Se o plano impuser uma marca de material para procedimento, MA pode se negar a utilizar material ou OPME caso MA considere insuficiente ou que não possua conhecimento de manejo deste

- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Art. 52º do Cap VII – CEM
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Por vezes a operadora impõe o material que melhor convém para o plano, mas pode não estar de acordo com as melhores práticas do MA sobre este determinado material, e nestes casos, o MA deverá comunicar ao diretor técnico do hospital e/ou do plano de saúde sobre o isso, e oferecer outras 03 marcas que o MA possua intimidade no manejo. Acatar por imposição o uso de material que o MA não esteja habituado pode ser prejudicial ao paciente.

20

Operadoras de Saúde não podem reter honorários médicos (Glosas) de procedimentos previamente autorizados e comprovadamente executados

- Art. 96º, 97º do CEM
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

É totalmente vedado sob qualquer pretexto a retenção de honorários médicos pela operadora de saúde, sendo o diretor técnico do plano responsável legal perante o CRM para ser acionado ao CRM.

21

Operadoras de Saúde não pode permitir depreciação ou redução dos honorários

- Art. 87º, 96º, 97º do CEM
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Inúmeros pareceres do CFM têm sido exarados, embasando decisões no âmbito do Sistema Conselhal Brasileiro, tanto por conselhos regionais, como pelo próprio Conselho Federal de Medicina, no que respeita à remuneração profissional, todos concordantes no sentido de que o médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoas jurídicas. O diretor técnico do plano é a figura a ser denunciada nesta questão no CRM.

22

Operadoras não podem vincular honorários médicos a qualquer tipo de desempenho do médico assistente

- Art. 87º, 96º, 97º do CEM

Comentário:

Inúmeros pareceres do CFM têm sido exarados, embasando decisões no âmbito do Sistema Conselhal Brasileiro, tanto por conselhos regionais, como pelo próprio Conselho Federal de Medicina, no que respeita à remuneração profissional, todos concordantes no sentido de que o médico tem o direito de receber integralmente seus honorários, mesmo quando recebidos através de pessoas jurídicas. O diretor técnico do plano é a figura a ser denunciada nesta questão

23

Nos contratos c/ Operadoras as formas de reajustes dos honorários devem estar explícitas nos contratos

- Lei 9656/1998 - Art. 17-A

Comentário:

Para solicitar o reajuste, o médico deve enviar ofício a cada uma das operadoras para as quais trabalha, propondo a correção de valores pelo IPCA cheio, conforme regulamentado pela ANS. Recomenda-se que, no ofício, seja referenciada à legislação pertinente (Lei nº Lei 13.003/2014) e que o profissional colha da operadora assinatura ou protocolo de recebimento. Além da correção inflacionária – que apenas repõe o poder de compra dos valores –, o médico deve propor à operadora um percentual de reajuste que ele entender como justo, para todos os procedimentos que realiza. O médico também pode propor, apresentando justificativa, um reajuste maior para um ou mais procedimentos, cujos valores de remuneração estejam notoriamente defasados. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa no contrato de modo claro e objetivo. Os contratos devem contemplar cláusula de livre negociação entre as partes e não devem propor fracionamento de qualquer índice. Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados devem ser expressos claramente no contrato.

Os contratos que não atendam às diretrizes recomendadas pelas entidades representativas poderão ser comunicados diretamente à AMB através do e-mail cbhpm@amb.org.br

24

Caso o médico auditor tenha uma divergência insuperável sobre o procedimento solicitado pelo MA, esta deve vir fundamentada por escrito, sendo obrigatório o auditor realizar exame presencial do paciente

- Art.4º, Resolução CFM Nº 2.448/2025

25

É vedado o desligamento de médico por parte do plano de saúde sem o amplo direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora

- Resolução CFM Nº 1852 de 14/08/2008

Comentário:

Infelizmente algumas operadoras fazem o desligamento unilateral de médicos de sua lista de credenciados de forma superficial, sem bases legais e principalmente sem dar ao médico o direito à sua defesa. Muitas operadoras utilizam deste artifício para cercear a autonomia do médico, impondo suas práticas com viés econômico e fugindo de políticas de boas práticas baseadas no conhecimento técnico-científico

26

Toda relação comercial operadora/prestador deve estar formalizada em contrato

- RN Nº 363 da ANS 2014

Comentário:

Infelizmente 90% dos médicos do Brasil não possuem o seu relacionamento como prestador junto às operadoras de saúde formalizados em contrato. O que deveria ser a regra, infelizmente é a exceção e dá margem para o abuso das operadoras de saúde

27

ANS aplicará penalidades às operadoras que descumprirem cláusulas contratuais com os prestadores

- RN Nº 363 da ANS 2014

Comentário:

O descumprimento de cláusulas contratuais pode ser denunciado na ANS e o plano de saúde inclusive pode perder seu registro, caso tenha esta queixa como frequente

28

Valores de honorários são negociados em comum acordo entre as partes signatárias do contrato. ANS não regula valores de honorários

- Competências da ANS pela Lei 9.961 de 2000

Comentário:

A relação entre prestadores e operadora é de livre negociação entre as partes, podendo inclusive os prestadores apresentar suas tabelas e precificação de seus serviços. A ANS não regula preços entre as partes.

29

MA é quem determina as características do OPME e instrumental adequado para o procedimento

- Art.1º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

O MA não pode exigir marca do seu material em seu pedido, mas poderá descrever as características físicas e demais propriedades para que o seu procedimento seja o mais adequado ao paciente. Pode inclusive, negar-se a utilizar o material imposto pelo plano, caso não tenha habituação no uso deste.

30

MA deve justificar clinicamente a sua indicação com embasamento científico

- Art.2º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Em toda indicação de seu procedimento, o MA deverá justificar a indicação clínica, principalmente naqueles casos onde envolve procedimentos/materiais de alto custo. Entretanto, existem solicitações que são triviais e normatizadas na prática médica, e a exigência de justificativas destes para embarcar o pedido médico, poderá configurar má-fé por parte do plano no sentido de atrasar a liberação do procedimento, causando danos à integridade física do paciente inclusive, passível inclusive de ação criminal e civil por parte do paciente contra o plano de saúde caso seja configurado este evento.

31

É vedado ao MA exigir fornecedor/marcar OPME

- Art.3º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Na ocasião da solicitação do pedido médico, o MA deverá fornecer 03 marcas do mesmo material que vai utilizar em seu procedimento.

32

MA pode recusar o material oferecido pela Operadora se julgar inadequado, e deve oferecer 3 outras marcas de fabricantes diferentes

- Art.5º, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

Comentário:

Se o MA julgar que o material oferecido ou imposto pelo plano de saúde seja insuficiente, ou ainda que o MA não tenha habituação no uso deste material, o MA poderá negar-se a executar o procedimento com este, devendo nesta ocasião, comunicar o diretor técnico da instituição e do plano sobre esta questão

33

A recusa do OPME pelo auditor deve estar documentada com os ditames científicos ou regulatórios que embasaram esta recusa. Esta recusa deve vir carimbada e assinada pelo auditor

- Art.5º, parágrafo único, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

Uma negativa sem identificação do médico auditor e seu fundamentado racional para esta negativa configura infração ética nos termos da lei supracitados

34

O médico 3ª Opinião deve ser remunerado por isso

- Art.5º, parágrafo único, Resolução CFM Nº 1.956/2010

Comentário:

A auditoria médica praticada em qualquer esfera, como ato médico, deverá ser remunerada sempre, e não deverá ser explorada por empresas de auditoria com retenção de valores à título de participação no fluxo da empresa.

35

É vedado a Glosa pós-operatória de procedimentos previamente autorizados e comprovadamente executados pelo MA

- Art. 67 do Cap VIII do CEM
- Art. 6º Resolução CFM Nº 2.318/2022
- Resolução CFM Nº 2.448/2025

Comentário:

A glosa de procedimentos realizados, apesar de justificativa do plano de ser uma solicitação de esclarecimentos burocráticos sobre procedimentos realizados no paciente, quando NÃO JUSTIFICADA devidamente, configura retenção indevida de valores. Neste caso, o auditor e diretor técnico do plano de saúde poderá ser acionado junto ao CRM local por infração dos artigos supracitados

36

Procedimento solicitado não autorizado sob alegação de que não consta no Rol da ANS

- Súmula 102 do TJSP

Comentário:

O Rol exemplificativo, como atualmente é, permite que o plano realize a cobertura inclusive de procedimentos que estão fora do Rol da ANS. Na verdade, o Rol da ANS define apenas o MÍNIMO de uma lista que um plano de saúde deverá atender para abrir sua operação como produto a ser vendido, mas não encerra em si e nesta lista mínima a sua cobertura. O Rol significa o mínimo, e não o máximo ou o limitante. E diante de tantas solicitações sobre esta matéria, os juízes da primeira vara construíram uma Súmula, que é na verdade um resumo do tema com a opinião já pacificada de que é abusivo por parte do plano negar qualquer procedimento indicado pelo MA sob a justificativa de que este não se encontra no Rol da ANS. Trata-se na verdade de uma jurisprudência, onde a opinião vem em favor do paciente.

37

A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada

- Resolução CFM Nº 1.834/2008

Comentário:

Muitos hospitais utilizam a mão de obra médica na qualidade de responder ao chamado do hospital (sobreaviso) como forma de negociação e autorização deste médico trabalhar na instituição. Entretanto, apesar deste tipo de negociação, um valor mínimo pela disponibilidade do tempo e vinda à responder os chamados deve ser negociado entre as partes para relacionamento justo com os médicos

38

A CBHPM deve ser o referencial mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos na Saúde Suplementar

- Resolução CFM Nº 1.673/03

Comentário:

A CBHPM trata-se de um referencial e não de um tabelamento de preços na relação entre médicos e prestadores. Infelizmente em décadas passadas foi interpretado como tabelamento pelo CADE, e muitas entidades médicas foram multadas por usar as mesmas.

Entretanto, em Reunião realizada em 28/06/18 na ANS da CAMSS (Câmara da Saúde Suplementar), com a presença de Ricardo Medeiros de Castro, Coordenador no Departamento de Estudos Econômicos do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE); e João Manoel da Cruz Simões, Diretor de Política de Pessoal e Previdência Complementar de Estatais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, os representantes do próprio CADE se posicionaram sobre o uso de tabelas médicas, desde que não seja algo impositivo.

39

Os planos de saúde, cooperativas de trabalho médico e clínicas de referência não poderão impor aos usuários e aos seus médicos assistentes o local onde esses pacientes deverão ser tratados, bem como não poderão enviá-los (ou desviá-los) para outros médicos.

Comentário:

É de livre escolha por parte do paciente e seu médico o local para realizar seus exames e tratamentos, e desta forma, as operadoras de saúde não poderão impor o local do exame/tratamento, salvo em questões de insuficiência técnica para atender a demanda e de credenciamento da rede.

- Parecer CFM Nº 8/14
- Art. 6º Resolução CFM No 2.318/2022

40

Se o plano de saúde não tiver na sua rede credenciada o serviço que o paciente precisa, ele é obrigado a custear o mesmo

Comentário:

Além dos casos de urgência e emergência, quando o paciente não encontra prestador de serviço adequado para sua necessidade dentro da rede credenciada ao plano, o **atendimento fora da rede credenciada** também deve ser pago pelo plano de saúde nos casos em que o plano de saúde não tenha este serviço. Nestes casos é possível pedir, na Justiça, inclusive a cobertura direta desse **tratamento fora da rede credenciada** e pleitear que a Justiça pague, eventualmente, um prestador particular. Os planos de saúde devem reembolsar/custear atendimentos realizados fora da rede credenciada em casos de urgência/emergência ou ausência de profissional/estabelecimento adequado na rede credenciada, através do mecanismo jurídico de tutela antecipada.

- Art. 12, inciso VI, da Lei 9.656/1998
- Resolução ANS Nº 259/11