

RESOLUÇÃO NORMATIVA CNHM Nº 049/2020
AOS MÉDICOS, HOSPITAIS E ENTIDADES CONTRATANTES

A Comissão Nacional de Honorários Médicos e Sociedades de Especialidade comunicam as seguintes alterações, revisadas e aprovadas pela Câmara Técnica Permanente da CBHPM de 09/11/2020 a serem introduzidas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2018, conforme abaixo:

Código	Decisão	Descrição
2.01.03.72-7	Alteração de Descrição e Alteração de Porte	De: Reabilitação cardíaca supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão) Para: Reabilitação cardiovascular supervisionada. Programa de 12 semanas. Duas a três sessões por semana (por sessão) De: 1C - Para: 2B
3.06.02.02-5	Exclusão de Procedimento	Coleta de fluxo papilar de mama
3.13.03.08-0	Alteração de Descrição	De: Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - qualquer via Para: Histerectomia subtotal com ou sem anexectomia, unilateral - qualquer via
3.13.03.12-9	Alteração de Descrição	De: Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral - qualquer via Para: Histerectomia total com anexectomia unilateral - qualquer via
3.13.03.20-0	Alteração de Descrição	De: Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, uni ou bilateral - via alta Para: Histerectomia subtotal laparoscópica com ou sem anexectomia, unilateral - via alta
3.13.03.23-4	Alteração de Descrição	De: Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral Para: Histerectomia total laparoscópica com anexectomia unilateral
3.13.03.26-9	Alteração de Descrição	De: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal Para: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal - inserção
3.13.03.29-3	Alteração de Descrição	De: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal Para: Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – inserção
3.13.03.37-4	Inclusão de Procedimento	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal – remoção, Porte 4A
3.13.03.38-2	Inclusão de Procedimento	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal – remoção, Porte 4A
3.13.04.99-5	Exclusão de Item de Observação	- Diretrizes de utilização referente ao código 3.13.04.09-5: Condições elegíveis à esterilização através de dispositivo intratubário: <ul style="list-style-type: none"> • pacientes de alto risco cirúrgico; • pacientes que não podem fazer uso de anestésico; • pacientes com histórico de gestação de alto risco; • pacientes cardiopatas com alto escore de risco pré-operatório; • pacientes portadoras de níveis glicêmicos permanentemente elevados e de difícil controle; • pacientes portadoras de hepatopatias; • pacientes portadoras de obesidade mórbida; • pacientes portadoras do vírus HIV/AIDS; • pacientes portadoras de doenças psiquiátricas graves. Condições não elegíveis à esterilização através de dispositivo intratubário: <ul style="list-style-type: none"> • pacientes grávidas ou com suspeita de gravidez; • pacientes com menos de seis semanas da ocorrência de um parto ou interrupção da gravidez no segundo trimestre; • pacientes portadoras de infecção ginecológica ativa ou recente; • pacientes portadoras de tumor ginecológico maligno, suspeito ou conhecido; • pacientes que fazem uso atualmente ou nos últimos três meses de corticosteroide; • pacientes com incerteza de optar por um método contraceptivo definitivo; • o Implante de dispositivo intratubário não hormonal deve obedecer ao disposto na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1.996. Procedimentos excludentes: <ul style="list-style-type: none"> • Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal, código 3.13.03.29-3; • Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal, código 3.13.03.26-9; • Cirurgia esterilizadora feminina, código 3.13.04.01-0; • Cirurgia esterilizadora feminina laparoscópica, código 3.13.04.05-2; • Recanalização tubária – qualquer técnica, uni ou bilateral (com microscópio ou lupa), código 3.13.04.03-6; • Recanalização tubária laparoscópica uni ou bilateral, código 3.13.04.07-9.

Código	Decisão	Descrição
3.13.07.28-0	Inclusão de Procedimento	Endometriose profunda - tratamento cirúrgico via laparoscópica, Porte 13B, Custo Operacional 81,100, 2 Auxiliares e Porte Anestésico 7
3.13.07.29-9	Inclusão de Procedimento	Endometriose profunda - tratamento cirúrgico, Porte 11A, 2 Auxiliares e Porte Anestésico 6
3.13.09.04-6	Alteração de Descrição	De: Cerclagem do colo uterino (qualquer técnica) Para: Cerclagem do colo uterino via vaginal
3.13.09.14-3	Exclusão de Procedimento	Punção escalfopfetal para avaliação PH fetal
4.05.03.86-0	Inclusão de Porte	Porte 4C
4.05.03.87-9	Inclusão de Porte	Porte 4C
4.05.03.88-7	Inclusão de Porte	Porte 4C
4.05.03.89-5	Inclusão de Porte	Porte 4C
4.08.08.99-8	Inclusão de Itens de Observação	<p>- Referente aos códigos marcação/punção 4.08.08.19-0 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por estereotaxia), 4.08.08.21-1 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por RM), 4.08.08.20-3 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por US), 4.08.08.22-0 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia), 4.08.08.24-6 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC), 4.08.08.23-8 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US), 4.08.08.18-1 (Biópsia de mama, dirigida por RM), 4.08.08.25-4 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia), 4.08.08.26-2 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US), 4.08.08.27-0 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM), 4.08.08.28-9 (Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)) e 4.08.08.29-7 (Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem)) e 4.08.08.30-0 (Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem)), serão aplicados por quantidade de lesão/nódulo.</p> <p>- Referente aos códigos marcação/punção 4.08.08.19-0 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por estereotaxia), 4.08.08.21-1 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por RM), 4.08.08.20-3 (Marcação pré-cirúrgica por nódulo por US), 4.08.08.22-0 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por estereotaxia), 4.08.08.24-6 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por TC), 4.08.08.23-8 (Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por US), 4.08.08.18-1 (Biópsia de mama, dirigida por RM), 4.08.08.25-4 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por estereotaxia), 4.08.08.26-2 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por US), 4.08.08.27-0 (Biópsia percutânea de fragmento mamário por agulha grossa (core biopsy) orientada por RM), 4.08.08.28-9 (Mamotomia por estereotaxia (não inclui o exame de imagem)) e 4.08.08.29-7 (Mamotomia por US (não inclui o exame de imagem)) e 4.08.08.30-0 (Mamotomia por RM (não inclui o exame de imagem)), para segurança do paciente, os materiais devem ser descartáveis e utilizados somente uma única vez por lesão/nódulo.</p>
4.08.09.99-4	Inclusão de Itens de Observação	<p>- Referente aos códigos punção biópsia 4.08.09.18-8 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RM), 4.08.09.15-3 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX), 4.08.09.17-0 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por TC), 4.08.09.16-1 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US), serão aplicados por quantidade de lesão/nódulo.</p> <p>- Referente aos códigos punção biópsia 4.08.09.18-8 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RM), 4.08.09.15-3 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por RX), 4.08.09.17-0 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por TC), 4.08.09.16-1 (Punção biópsia/aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US), para segurança do paciente, os materiais devem ser descartáveis e utilizados somente uma única vez por lesão/nódulo.</p>

Código	Decisão	Descrição
4.09.99.00-1	Inclusão de Item de Observação	7. Referente ao código (4.09.01.11-4 – US Mamas) não engloba a avaliação das axilas. Nos casos em que a avaliação das mamas e das axilas forem solicitadas, devem ser utilizados para cobrança os códigos: uma vez o código (4.09.01.11-4 – US Mamas) + duas vezes (4.09.01.21-1 – US Estruturas superficiais – cervical ou axila ou músculo ou tendão)
4.10.99.00-1	Inclusão de Item de Observação	10. Os procedimentos de Tomografia de Coluna devem ser cobrados conforme a quantidade de segmentos, sendo os três primeiros segmentos pelo código TUSS 41001125 TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (até 3 segmentos) e os demais segmentos devem ser cobrados por segmento adicional com o código TUSS 41001133 TC - Coluna - segmento adicional. Segue regra de cobrança: TC Coluna Cervical corresponde ao código (41001125 + quatro vezes o código 41001133), TC Coluna Dorsal corresponde ao código (41001125 + nove vezes o código 41001133) e TC Coluna Lombo-Sacra corresponde ao código (41001125 + sete vezes o código 41001133).

São Paulo, 04 de dezembro de 2020.



Dr. Carlos Alfredo Lobô Jasmin
Presidente da Câmara Técnica Permanente da CBHPM