

Nº 148 - DOU de 02/08/19 - Seção 1 - p. 54

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE**

**PORTARIA Nº 895, DE 26 DE JULHO DE 2019**

Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos do sistema nervoso central e periférico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Secretário de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 756/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2005, que regulamenta a rede de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade e define as normas de credenciamento e habilitação das Unidades de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia;

Considerando a Portaria nº 2.848/GM/MS, de 06 de novembro de 2007, que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas subsequentes;

Considerando a Portaria nº 646/SAS/MS, de 10 de novembro de 2008, que trata dos atributos dos procedimentos relacionados à neurocirurgia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS e da habilitação dos estabelecimentos nas Redes de Assistência ao Paciente Neurológico;

Considerando a Portaria nº 2.764/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que instituiu no âmbito do Ministério da Saúde, a Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia;

Considerando a Portaria nº 9/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2014, que inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos sequenciais em Neurocirurgia, e a Portaria nº 914/SAS/MS, de 19 de setembro de 2014, que a altera, acresce e revoga dispositivos;

Considerando a avaliação da Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia, do Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC/SAES/MS, resolve:

Art. 1º Ficam excluídos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (Tabela SUS), os procedimentos especificados a seguir:

**CÓDIGO            PROCEDIMENTO**

02.11.05.001-6 Determinação de Duração da Curva de Intensidade

04.03.03.017-0 Tratamento Conservador de Tumor do Sistema Nervoso Central

Art. 2º Fica excluída da Tabela SUS a compatibilidade do Procedimento Principal 04.03.05.009-0 - Rizotomia Percutânea com Balão com o Procedimento Especial 07.02.01.001-4 Balão Destacável.

Art. 3º Ficam alterados na Tabela SUS os atributos dos procedimentos relacionados no Anexo I desta Portaria.

Art. 4º Ficam incluídas as quantidades de Órteses, Próteses e Materiais Especiais nas compatibilidades entre Procedimentos Principais e Procedimentos Especiais na Tabela SUS relacionadas no Anexo II desta Portaria.

Art. 5º As alterações, objeto desta Portaria, não acarretarão ônus ao Ministério da Saúde, uma vez que se trata de procedimentos já existentes, sendo adequados para melhoria da informação.

Art 6º Cabe à Coordenação-Geral de Gestão Sistemas de Informações em Saúde, do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (CGSI/DRAC/SAES), adotar as providências necessárias para a efetivação desta Portaria no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais no Sistema de Informações na competência seguinte à sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

ANEXO I

#### ADEQUAÇÕES DE ATRIBUTOS DOS PROCEDIMENTOS

CÓDIGO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	ALTERAÇÕES
04.03.01.004-7	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA DO CRÂNIO PARA ABORDAGEM E REMOÇÃO DE PROCESSOS INFLAMATÓRIOS/INFECCIOSOS CÍSTICOS, ABSCEDADOS OU GRANULOMATOSOS DO ENCÉFALO.
04.03.01.005-5	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO (C/ TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA DO CRÂNIO PARA A RETIRADA DE CISTO, ABSCESSO OU GRANULOMA CEREBRAL COM O AUXÍLIO DE TÉCNICA ADICIONAL, COMO MICROCIRURGIA, NEURONAVEGADOR, ENDOSCOPIA, VIDEOCIRURGIA E ESTEREOTAXIA.
04.03.01.007-1	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA DO CRÂNIO PARA A RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM O AUXÍLIO DE TÉCNICA ADICIONAL, COMO MICROCIRURGIA, ENDOSCOPIA, NEURONAVEGAÇÃO, VIDEOCIRURGIA E ESTEREOTAXIA
04.03.01.020-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COM SUTURA ÚNICA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ÓSSEA QUE COMPROMETE UMA SUTURA CRANIANA.
04.03.01.021-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ÓSSEA QUE COMPROMETE MAIS DE UMA SUTURA CRANIANA.
04.03.01.022-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ABERTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ESPINHAL ABERTA, COM PRESENÇA DE MALFORMAÇÃO ENCEFÁLICA OU ESPINHAL TAL COMO MENINGOCELE OU MENINGOMIELOCELE
04.03.01.023-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO OCULTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ESPINHAL COM DISRAFISMO NÃO ABERTO.
04.03.01.026-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÃO DE FRATURA CRANIANA COM AFUNDAMENTO E REALINHAMENTO ÓSSEO.
04.03.01.027-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA ABERTURA DO CRÂNIO, DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E FECHAMENTO CRANIANO
04.03.01.028-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA ABERTURA DO CRÂNIO, DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL E FECHAMENTO DO CRÂNIO
04.03.01.029-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO

	HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	PARA ABERTURA DO CRÂNIO, DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL E FECHAMENTO DO CRÂNIO COM O AUXÍLIO DE TÉCNICA ADICIONAL, COMO MICROCIRURGIA, ENDOSCOPIA, VIDEOCIRURGIA.
04.03.01.030-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA DO CRÂNIO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO (NA VIGÊNCIA DE SANGRAMENTO E/OU HIPERTENSÃO INTRACRANIANA) E FECHAMENTO DO CRÂNIO.
04.03.01.031-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA DO CRÂNIO PARA DRENAGEM DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO (NA VIGÊNCIA DE SANGRAMENTO E/OU HIPERTENSÃO INTRACRANIANA) E FECHAMENTO DO CRÂNIO
04.03.01.032-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA LIMPEZA, DEBRIDAMENTO, E/OU RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO INFECTADO.
04.03.01.034-9	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PROPEDEÚTICA NEUROCIRÚRGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC	Altera Descrição: CONSISTE NA ABERTURA CRANIANA POR TREPANAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E COLOCACAO DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO INTRACRANIANA (PIC).
04.03.01.035-7	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Nome: TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)
04.03.01.036-5	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA	Altera Nome: TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA
04.03.01.039-0	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	Altera Descrição: É UMA FORMA DE DERIVAÇÃO LIQUÓRICA QUE CONSISTE EM REALIZAR UMA PUNÇÃO LOMBAR E INTRODUIR UM CATÉTER INTRA-RAQUIDIANO, CONECTANDO ESTE CATÉTER EM UM COLETOR DE LÍQUOR ESTÉRIL E EXTERNO, SENDO NECESSÁRIA A MEDIDA DE PRESSÃO LIQUÓRICA; O CATÉTER IMPLANTADO PODE SER CONECTADO A UM MONITOR EXTERNO PADRÃO
		Altera Complexidade para: Alta Complexidade
		Inclui Habilitação: 1706 - UNACON, 1707 - UNACON com serviço de radioterapia, 1708 - UNACON com serviço de hematologia, 1709 - UNACON com serviço de oncologia pediátrica, 1711 - UNACON exclusiva de oncologia pediátrica, 1712 - CACON, 1713 - CACON com serviço de oncologia pediátrica, 1714 - Hospital Geral com cirurgia oncológica. 16.01 Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia; 16.02 Centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia
		Inclui Serviço Classificação:
		132/005 Oncologia Cirúrgica (Serviço de Oncologia)
		105/001 Neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia);
		105/002-Coluna e nervos periféricos (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia);
		105/003-Tumores do sistema nervoso (Serviço de Atenção

		em Neurologia/ Neurocirurgia);
		105/004-Neurocirurgia vascular (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia);
		105/005-Tratamento neurocirúrgico da dor funcional (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia)
04.03.02.006-9	MICRONEURORRAFIA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO MICROCIRÚRGICO DE SUTURA E RECONSTRUÇÃO DE UM NERVO PERIFÉRICO COM UTILIZAÇÃO DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO.
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	Altera Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO CARPO  Altera Idade Mínima: 01 Ano
04.03.03.001-3	CRANIOTOMIA PARA BIÓPSIA ENCEFÁLICA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO QUE CONSISTE NA ABERTURA CRANIANA PARA BIÓPSIA DE ESTRUTURA ENCEFÁLICA E FECHAMENTO DO CRÂNIO.
04.03.03.002-1	CRANIOTOMIA PARA BIÓPSIA ENCEFÁLICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO QUE CONSISTE EM ABERTURA CRANIANA PARA BIÓPSIA DE ESTRUTURA ENCEFÁLICA COM O AUXÍLIO DE TÉCNICA ADICIONAL, COMO MICROCIRURGIA, ENDOSCOPIA, VIDEOCIRURGIA E ESTEREOTAXIA COM FECHAMENTO DO CRÂNIO
04.03.03.015-3	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROMICROCIRÚRGICO PARA RESSECÇÃO DE TUMOR CEREBRAL COM O USO DE TÉCNICA ADICIONAL COMO ESTEREOTAXIA, ENDOSCOPIA, NEURONAVEGADOR, VIDEOCIRURGIA OU ASPIRADOR ULTRA-SÔNICO.
04.03.04.002-7	DESCOMPRESSÃO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA LIBERAÇÃO DE NERVO(S) E/OU VASO(S) CRANIANO(S) DE ESTRUTURAS VIZINHAS OU CIRCUNVIZINHAS DEFORMADAS, LESADAS OU CICATRIZADAS  Altera Idade Mínima: 01 Ano
04.03.04.006-0	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROMICROCIRÚRGICO CEREBRAL QUE CONSISTE EM ABERTURA CRANIANA PARA O TRATAMENTO DE MALFORMAÇÃO (ÕES) ARTERIO-VENOSA(S) PROFUNDA(S), COM FECHAMENTO DO CRÂNIO
04.03.04.007-8	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROMICROCIRÚRGICO VASCULAR INTRACRANIANO COM O AUXÍLIO DE TÉCNICA COMPLEMENTAR, TAIS COMO: NEURONAVEGADOR E/OU OCLUSÃO ENDOVASCULAR ARTERIAL TEMPORÁRIA.
04.03.04.010-8	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR (MAIOR QUE 1,5 CM)	Altera Nome: MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM  Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROMICROCIRÚRGICO CEREBRAL QUE CONSISTE EM ABERTURA CRANIANA PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM, COM FECHAMENTO DO CRÂNIO
04.03.05.002-2	ALCOOLIZACAO DE TRIGEMIO	Altera Nome: NEURÓLISE DO TRIGÊMEO COM GLICEROL

		Altera Descrição: PROCEDIMENTO DE INJEÇÃO DE GLICEROL NO GÂNGLIO DE GASSER DO NERVO TRIGÊMEO COM FINALIDADE ANALGÉSICA.
04.03.05.003-0	BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO ANALGÉSICO MEDICAMENTOSO DE AÇÃO PROLONGADA COM O USO DE BOMBA DE INFUSÃO EXTERNA COM OU SEM CONTROLE PELO USUÁRIO.
04.03.05.005-7	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACOS	Altera Idade mínima: 16 anos Altera Média de permanência: 3 Inclui Serviço / Classificação: 105/001- Neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia) 105/002 - Coluna e nervos periféricos (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia) 105/003-Tumores do sistema nervoso (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia) 105/004-Neurocirurgia vascular (Serviço de Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia) 105/005-Tratamento neurocirúrgico da dor funcional (Serviço de Atenção em Neurologia/Neurocirurgia)
		Altera Idade Mínima: 0 Mes(s)
04.03.05.006-5	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CÉU ABERTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROMICROCIRÚRGICO A CÉU ABERTO PARA A SECÇÃO CIRÚRGICA SELETIVA DE RAIZ(ES) MEDULAR(ES), EM CASO DE CONTROLE DA DOR INTRATÁVEL OU ALTERAÇÕES CUTÂNEAS COMO MANIFESTAÇÕES ADRENÉRGICAS ANORMAIS OU ESPASTICIDADE REFRATÁRIA.
04.03.05.007-3	MICROCIRURGIA COM RIZOTOMIA A CÉU ABERTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO DE COMPRESSÃO DO NERVO TRIGÊMEO COM CATETER BALÃO P/ EMBOLECTOMIA ARTERIAL / VENOSA PARA TRATAMENTO DE NEURALGIA DO TRIGÊMEO
04.03.05.009-0	RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM BALÃO	Altera Nome: RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA
04.03.05.010-3	RIZOTOMIA PERCUTANEA POR RADIOFREQUENCIA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO COM USO DE RADIOFREQUÊNCIA PARA DESTRUIÇÃO DE RAIZ(ES) MEDULAR(ES) OU NERVOS, COM FINALIDADE ANALGÉSICA.
04.03.05.011-1	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CÉU ABERTO	Altera Idade Mínima: 01 Ano
04.03.05.013-8	SIMPATECTOMIA TORÁCICA A CÉU ABERTO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO DE SECÇÃO DO SISTEMA SIMPÁTICO AO NÍVEL TORÁCICO (INTERCOSTAL) ATRAVÉS DE TORACOTOMIA PARA O TRATAMENTO DA HIPERHIDROSE OU DE MANIFESTAÇÃO(ÕES) NEURO CUTÂNEA(S) - CIANOSE, ERITEMA, EDEMA, PARESTESIA, HIPERESTESIA - DEVIDO (S) A ALTERAÇÃO (ÕES) VASCULAR(ES)

		TORÁCICA(S) OU PARA CONTROLE DA DOR INTRATÁVEL.
04.03.05.016-2	TRATAMENTO POR ESTEREOTAXIA EM ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATAMENTO DE MOVIMENTOS ANORMAIS OU CONTROLE DA DOR	Altera Nome: TRATAMENTO ABLATIVO POR ESTEREOTAXIA EM ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATAMENTO DE MOVIMENTOS ANORMAIS OU CONTROLE DA DOR
04.03.06.001-0	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)	Altera Nome: EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAS (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)  Altera Descrição: AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DIAGNÓSTICA DA EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE, INTRATÁVEL CLINICAMENTE, COM IMPLANTE DE ELETRODOS SUBDURAS EM AMBOS OS HEMISFÉRIOS CEREBRAIS, LEITURA POR VÍDEO-EEG.
04.03.06.002-8	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS INVASIVOS (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)	Altera Nome: EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAS (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA)  Altera Descrição: AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DIAGNÓSTICA DA EPILEPSIA DE DIFÍCIL CONTROLE, INTRATÁVEL CLINICAMENTE, COM IMPLANTE DE ELETRODOS SUBDURAS EM UM DOS HEMISFÉRIOS CEREBRAIS, LEITURA POR VÍDEO-EEG.
04.03.07.001-5	ANGIOPLASTIA INTRACRANIANA EM VASO-ESPASMO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS ANGIOPLASTIA COM BALÃO DE ARTÉRIAS INTRACRANIANAS.  Altera Idade Mínima: 0 Mês  Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.004-0	EMBOLOGIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DO ANEURISMA ACIMA DE 1,5 CM COM COLO ESTREITO.
04.03.07.005-8	EMBOLOGIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DO ANEURISMA ACIMA DE 1,5 CM COM COLO LARGO.
04.03.07.008-2	EMBOLOGIZAÇÃO DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DA CABEÇA E PESCOÇO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO.  Altera Idade Mínima: 0 Mês  Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.009-0	EMBOLOGIZAÇÃO DE FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA COM BALÕES DESTACÁVEIS	Altera Nome: EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA DIRETAS  Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO

		OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO.
		Altera Idade Mínima: 0 Mês Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.010-4	EMBOLOIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL COMPLEXA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA DURAL COMPLEXA Altera Idade Mínima: 0 Mês Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.011-2	EMBOLOIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL SIMPLES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA DURAL SIMPLES. Altera Idade Mínima: 0 Mês Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.012-0	EMBOLOIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA INTRAPARENQUIMATOSA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO. Altera Idade Mínima: 0 Mês Altera Idade Máxima: 130 Ano(s)
04.03.07.014-7	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA GIGANTE.
04.03.07.015-5	EMBOLOIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DO ANEURISMA MENOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO.
04.03.07.016-3	EMBOLOIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROINTERVENCIONISTA REALIZADO COM SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL EM PACIENTE DIAGNÓSTICADO POR MÉTODOS DE IMAGEM PRÉ E PÓS EMBOLIZAÇÃO DO ANEURISMA MENOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO.
04.03.08.001-0	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	Altera Idade Mínima: 13 Ano(s)
04.03.08.002-9	IMPLANTE DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL (INCLUI CONECTOR)	Altera Idade Mínima: 13 Ano(s)
04.03.08.003-7	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACOS	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIÚRGICO PARA IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACOS PARA CONTROLE DA DOR INTRATÁVEL, NÃO RESPONSIVA A TODOS OS DEMAIS TRATAMENTOS DISPONÍVEIS E PREVIAMENTE INSTITUÍDOS. PODE SER

		UTILIZADO PARA INFUSÃO DE QUIMIOTERÁPICOS.  Altera Idade Mínima: 01 Ano
04.03.08.004-5	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO COM SECÇÃO DE MÚSCULOS PARA CONTROLE DE DISTONIAS INTRATÁVEIS.
04.03.08.006-1	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL	Altera Idade Mínima: 16 Ano(s)  Altera Media Permanência: 5
04.03.08.007-0	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO COM LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA PARA CONTROLE DA DOR INTRATÁVEL, POR RADIOFREQUÊNCIA OU RADIOCIRURGIA.
04.03.08.008-8	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO COM LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA PARA CONTROLE DE MOVIMENTOS ANORMAIS INTRATÁVEIS POR OUTROS MÉTODOS, ATRAVÉS DE LESÕES ESTEREOTÁXICAS, RIZOTOMIAS, MIECTOMIAS OU NEURECTOMIAS, AO NÍVEL CENTRAL, DE RAIZ MEDULAR, NERVOS PERIFÉRICOS.
04.03.08.009-6	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO COM LOCALIZAÇÃO ESTEREOTÁXICA E MICRO-REGISTROS PARA CONTROLE DE MOVIMENTOS ANORMAIS INTRATÁVEIS POR OUTROS MÉTODOS, ATRAVÉS DE LESÕES ESTEREOTÁXICAS.
04.03.08.010-0	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	Altera Descrição: PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO PARA A TROCA DE GERADOR DE PULSOS, APÓS TEMPO DE USO DETERMINADO, PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL COM VISTA AO TRATAMENTO DE MOVIMENTOS ANORMAIS SEM RESPOSTA AOS DEMAIS TRATAMENTOS INSTITUÍDOS
03.03.04.001-7	AJUSTE MEDICAMENTOSO DE SITUAÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDIZADAS	Altera Descrição: INTERNAÇÃO EM LEITO CLÍNICO PARA AJUSTE DE TRATAMENTO EM DOENÇA NEUROLÓGICA OU CONDIÇÃO DE DIFÍCIL CONTROLE AMBULATORIAL.
03.03.04.003-3	TRATAMENTO DA MIGRANEA COMPLICADA	Altera Idade Mínima: 05 Ano(s)
03.03.04.005-0	TRATAMENTO CLÍNICO DE COREIA AGUDA	Altera Descrição: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO CLÍNICO DA COREIA AGUDA.  Altera Idade Mínima: 05 Ano(s)  Altera Media Permanência: 5
03.03.04.006-8	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOR REBELDE DE ORIGEM CENTRAL OU NEOPLÁSICA	Inclui CBO: 225160
03.03.04.010-6	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	Exclui CBO: 225270
03.03.04.012-2	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Altera Descrição: TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO OU PALIATIVO COM USO DE FÁRMACOS PARA TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.
03.03.04.014-9	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUÊMICO OU HEMORRÁGICO AGUDO)	Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.017-3	TRATAMENTO DE DISTROFIAS MUSCULARES	Altera Descrição: TRATAMENTO CLÍNICO DAS COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS, RESPIRATÓRIAS OU CARDIOLÓGICAS DAS DISTROFIAS MUSCULARES.
03.03.04.020-3	TRATAMENTO DE DOENÇAS NEURO-DEGENERATIVAS	Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.021-1	TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA	Altera Idade Mínima: 03 Ano(s)



	HIPERTENSIVA	
03.03.04.024-6	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES	Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.025-4	TRATAMENTO DE MIASTENIA GRAVE	Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.026-2	TRATAMENTO DE POLINEUROPATIAS	Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.027-0	TRATAMENTO DE POLIRRADICULONEURITE DESMIELINIZANTE AGUDA	Altera Nome: TRATAMENTO DE POLIRRADICULONEURITE DESMIELINIZANTE AGUDA E CRÔNICA Altera Idade Mínima: 0 Mês
03.03.04.028-9	TRATAMENTO DE SURTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA	Altera Idade Mínima: 03 Ano(s)
03.03.04.029-7	TRATAMENTO DE PROCESSO TOXI-INFECIOSO DO CÉREBRO OU DA MEDULA ESPINHAL	Altera Nome: TRATAMENTO CLÍNICO COM USO DE MEDICAMENTO EM PROCESSOS TÓXICO OU INFECIOSO DO CÉREBRO OU DA MEDULA ESPINHAL.
02.11.05.002-4	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	Altera Descrição: REGISTRO DA ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL EM REPOUSO COM OU SEM ESTIMULAÇÃO (FOTO-ESTIMULAÇÃO E HIPERPNEIA), POR NO MÍNIMO 20 MINUTOS.
02.11.05.003-2	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	Altera Descrição: REGISTRO DA ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL EM SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO POR MEDICAMENTO, POR NO MÍNIMO 30 MINUTOS.
02.11.05.004-0	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO C/ OU S/ FOTOESTÍMULO (EEG)	Altera Descrição: REGISTRO DA ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO POR MEDICAMENTO, POR NO MÍNIMO 30 MINUTOS.
02.11.05.005-9	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	Altera Descrição: REGISTRO DA ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL EM REPOUSO, POR NO MÍNIMO 20 MINUTOS, COM ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE ESPECTRO DE FREQUÊNCIAS.
02.11.05.009-1	EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA PELO VIDEO-ELETOENCEFALOGRAMA COM OU SEM USO DE ELETRODO DE PROFUNDIDADE.	Exclui CBO: 225260 Inclui CBO: 225350
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAMA	Exclui CBO: 223440 Inclui CBO: 225350
02.11.05.014-8	TESTE DE WADA	Exclui CBO: 225260 Inclui CBO: 225350
02.11.05.015-6	VIDEO-ELETOENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO	Altera Descrição: REGISTRO PROLONGADO DA ATIVIDADE ELÉTRICA CEREBRAL COM REGISTRO SINCRONIZADO DE VÍDEO POR UM PERÍODO MÍNIMO DE 2 (DUAS) HORAS
07.02.01.001-4	BALÃO DESTACÁVEL	Altera Descrição: MICROBALÃO DESTACÁVEL CONSTITUÍDO DE LÁTEX, INDICADO PARA OCLUSÃO PERMANENTE DE ARTÉRIAS. DEVERÁ POSSUIR UMA MARCA RADIOPACA PARA SUA VISUALIZAÇÃO DURANTE A NAVEGAÇÃO.
07.02.01.002-2	BOMBA IMPLANTÁVEL DE INFUSÃO DE FÁRMACOS NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Altera Descrição: BOMBA IMPLANTÁVEL DE INFUSÃO DE FÁRMACOS INTRATECAL OU INTRAVENTRICULAR.
07.02.01.003-0	CATETER ATRIAL / PERITONEAL	Altera Descrição: CATETER PARA IMPLANTAÇÃO ATRIAL OU PARA IMPLANTAÇÃO PERITONEAL EM PROCEDIMENTOS NEUROCIRÚRGICOS DE REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO/ATRIO/PLEURA/RAQUE E DE MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA.
07.02.01.006-5	CATETER VENTRICULAR ISOLADO	Altera Descrição: CATETER VENTRICULAR ISOLADO PARA PROCEDIMENTO NEUROCIRÚRGICO DE REVISÃO DE

		DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO/ATRIO/PLEURA/RAQUE E DE MICROCIURURGIA DA SIRINGOMIELIA.
07.02.01.010-3	CONJUNTO DE ELETRODO E EXTENSÃO P/ ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	Altera Descrição: CONJUNTO COMPOSTO POR ELETRODO E EXTENSÃO, UTILIZADO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA UNILATERAL OU BILATERAL.
07.02.01.011-1	CONJUNTO P/ HIDROCEFALIA DE BAIXO PERFIL	Altera Descrição: CONJUNTO CONSTITUÍDO POR CATETER VENTRICULAR, CATETER PERITONEAL OU ATRIAL E VÁLVULA DE BAIXO PERFIL NEONATAL OU INFANTIL DE PRESSÃO ALTA, MÉDIA OU BAIXA PARA TRATAMENTO DE HIDROCEFALIA.
07.02.01.017-0	MICRO CATETER FLUXO DEPENDENTE	Altera Descrição: MICROCATETER FLUXO DEPENDENTE, ISTO É, DIRECIONADO PELO FLUXO SANGUÍNEO. PRÓPRIO PARA INJEÇÃO DE AGENTE EMBOLIZANTE LÍQUIDO, USADO NO TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES ARTERIOVENOSAS (MAV). ALTAMENTE FLEXÍVEL, COM DIÂMETRO DISTAL QUE DIMINUI PROGRESSIVAMENTE. RADIOPACIDADE POR TODO COMPRIMENTO DO MICROCATETER, COM ANEL RADIOPACO NA SUA PONTA DISTAL. TAMANHOS: 1.2F, 1.5F E 1.8F
07.02.01.018-9	MICRO CATETER P/ BALAO	Altera Descrição: MICROCATETER FLUXO DEPENDENTE, ISTO É, DIRECIONADO PELO FLUXO SANGUÍNEO. POSSUI PONTA PARA ENCAIXE DE BALÃO DESTACÁVEL.
07.02.01.021-9	VALVULA PARA HIDROCEFALIA	Altera Descrição: VÁLVULA PARA SISTEMA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR NAS DIFERENTES PRESSÕES DE ABERTURA.

ANEXO II

INCLUI QUANTIDADES DE OPME NAS COMPATIBILIDADES ENTRE PROCEDIMENTO PRINCIPAL E PROCEDIMENTO ESPECIAL (OPME)

Procedimento	(OPME)	QT
04.03.01.001-2 - CRANIOPLASTIA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.01.005-5 - CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO (C/ TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.01.006-3 - CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO		
04.03.01.007-1 - CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.01.011-0 - DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA POR DOENÇA OU TRAUMA		
04.03.01.013-6 - MICROCIURURGIA DA SIRINGOMIELIA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	10
	0702010065 - CATETER VENTRICULAR ISOLADO	1
04.03.01.015-2 - RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.01.018-7 - REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO/ATRIO/PLEURA/RAQUE	07.02.01.006-5 - CATETER VENTRICULAR ISOLADO	1
04.03.01.019-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.01.021-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS	6

	(INCLUI PARAFUSOS)	
04.03.01.024-1 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUÓRICA CRANIANA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.01.026-8 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO		
04.03.01.027-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL		
04.03.01.028-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL		
04.03.01.029-2 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.01.030-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO		
04.03.01.031-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO		
04.03.02.001-8 - ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO (2 OU MAIS NERVOS)	07.02.05.017-2 - FIO MONONYLON 8.0	4
	07.02.05.018-0 - FIO MONONYLON 9.0	4
04.03.02.002-6 - ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO (ÚNICO NERVO)	07.02.05.017-2 - FIO MONONYLON 8.0	2
	07.02.05.018-0 - FIO MONONYLON 9.0	2
04.03.02.004-2 - MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	07.02.05.017-2 - FIO MONONYLON 8.0	8
	07.02.05.018-0 - FIO MONONYLON 9.0	8
04.03.02.006-9 - MICRONEURORRAFIA	07.02.05.017-2 - FIO MONONYLON 8.0	2
	07.02.05.018-0 - FIO MONONYLON 9.0	2
04.03.03.001-3 - CRANIOTOMIA PARA BIÓPSIA ENCEFÁLICA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.03.002-1 - CRANIOTOMIA PARA BIÓPSIA ENCEFÁLICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.03.003-0 - CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR		
04.03.03.004-8 - CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO		
04.03.03.012-9 - MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRÂNIO		
04.03.03.013-7 - MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ÓRBITA		
04.03.03.014-5 - MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO		
04.03.03.015-3 - MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.03.016-1 - RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	10
04.03.04.001-9 - ANASTOMOSE VASCULAR EXTRA / INTRACRANIANA	07.02.01.022-7 - CLIP TEMPORÁRIO	3
	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIRURGIA	3
	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.04.005-1 - MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIRURGIA	3
04.03.04.006-0 - MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA		

04.03.04.007-8 - MICROCIURURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)		
04.03.04.008-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CAROTIDEO-CAVERNOSA		
04.03.04.009-4 - MICROCIURURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	07.02.01.022-7 - CLIP TEMPORÁRIO	2
	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIURURGIA	3
04.03.04.010-8 - MICROCIURURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	07.02.01.022-7 - CLIP TEMPORÁRIO	2
	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIURURGIA	3
04.03.04.011-6 - MICROCIURURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	07.02.01.022-7 - CLIP TEMPORÁRIO	2
	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIURURGIA	3
04.03.05.009-0 - RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM BALÃO	07.02.05.005-9 - CATETER BALÃO P/ EMBOLECTOMIA ARTERIAL/VENOSA	1
04.03.04.012-4 - MICROCIURURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	07.02.01.022-7 - CLIP TEMPORÁRIO	2
	07.02.01.023-5 - CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIURURGIA	3
04.03.06.001-0 - EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO BILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAI (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGAMA)	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	10
04.03.06.002-8 - EXPLORAÇÃO DIAGNÓSTICA CIRÚRGICA PARA IMPLANTAÇÃO UNILATERAL DE ELETRODOS SUBDURAI (INCLUI VIDEO-ELETROENCEFALOGAMA)	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.06.003-6 - MICROCIURURGIA PARA LESIONECTOMIA COM MONITORAMENTO INTRAOPERATÓRIO		
04.03.06.004-4 - MICROCIURURGIA PARA LESIONECTOMIA SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATÓRIO		
04.03.06.005-2 - MICROCIURURGIA PARA LOBECTOMIA TEMPORAL / AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA SELETIVA		
04.03.06.006-0 - MICROCIURURGIA PARA RESSECÇÃO MULTILOBAR / HEMISFERECTOMIA / CALOSOTOMIA	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	10
04.03.06.007-9 - MICROCIURURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL COM MONITORAMENTO INTRAOPERATÓRIO	07.02.05.048-2 - PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	5
04.03.06.008-7 - MICROCIURURGIA PARA RESSECÇÃO UNILOBAR EXTRATEMPORAL SEM MONITORAMENTO INTRA-OPERATÓRIO		
04.03.06.009-5 - TRANSECÇÕES SUB-PIAIS MÚLTIPLAS EM ÁREAS ELOQUENTES		