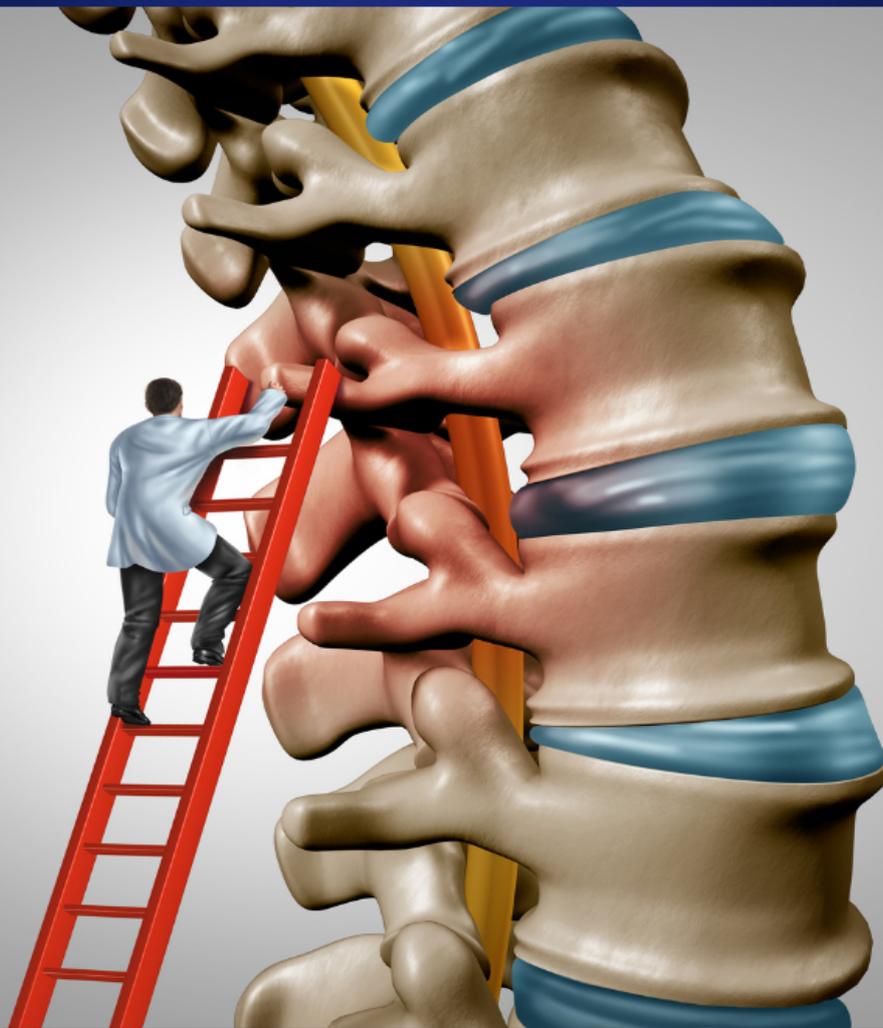


São Paulo, 04 de setembro de 2025

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO EM CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL



3a Edição



MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO EM CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL

3ª EDIÇÃO

Organizadores:

Sociedade Brasileira de Coluna (SBC)

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN)

ENTIDADES MÉDICAS PARTICIPANTES

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLUNA

Robert Meves
Geraldo de Sá Carneiro Filho
Alexandre Fogaça Cristante
Luis Eduardo Carelli
Rodrigo Augusto do Amaral
Fernando Luiz Rolemberg Dantas

SBC - BIÊNIO 2023-2024

Presidente
Vice-Presidente
1º Secretário
2º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

Alexandre Fogaça Cristante
Luis Eduardo Carelli
Geraldo de Sá Carneiro Filho
André Luis Fernandes Andujar
Marcelo Risso
Fernando Luiz Rolemberg Dantas

SBC - BIÊNIO 2025-2026

Presidente
Vice-Presidente
1º Secretário
2º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Wuilker Knoner Campos
Ronald de Lucena Farias
Ítalo Capraro Suriano
Carlos Eduardo Roelke
Nelson Saade

SBN - BIÊNIO 2023-2024

Presidente
Vice-Presidente
Secretário-Geral
1º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

Paulo Henrique Pires de Aguiar
Geraldo de Sá Carneiro Filho
Nelson Saade
Fabio Veiga Sparapani
Marise Audi
Samuel Damin

SBN - BIÊNIO 2025-2026

Presidente
Vice-Presidente
Secretário-Geral
1º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Fernando Baldy dos Reis
Paulo Lobo Junior
Miguel Akkari
Alexandre Fogaça Cristante
Roberto Luiz Sobania
Marcelo Carvalho Krause Gonçalves
Alberto Naoki Miyazaki

SBOT - 2024

Presidente
1º Vice-Presidente
2º Vice-Presidente
Secretário-Geral
1º Secretário
2º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

Paulo Lobo Junior
Miguel Akkari
Fernando Antonio Mendes Façanha Filho
Alberto Naoki Miyazaki
Leonardo Cortes Antunes
Jean Klay Santos Machado
André Pedrinelli
Marcel Jun Sugawara Tamaoki

SBOT - 2025

Presidente
1º Vice-Presidente
2º Vice-Presidente
Secretário-Geral
1º Secretário
2º Secretário
1º Tesoureiro
2º Tesoureiro

REVISORES DO MANUAL 3ª EDIÇÃO

Marcos Vaz de Lima	<i>SBC/SBOT</i>
Fernando Toni Marcelino da Silva	<i>SBC/SBOT</i>
Bruno César Aprile	<i>SBC/SBOT</i>
René Kusabara	<i>SBC/SBOT</i>
Marcelo Luís Mudo	<i>SBC/SBN</i>
Rodrigo Adry	<i>SBC/SBN</i>
Wuilker Knoner Campos	<i>SBC/SBN (Editor-chefe)</i>

PREFÁCIO DOS PRESIDENTES

As sociedades de especialidades SBC (Sociedade Brasileira de Coluna) filiada a SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia) juntamente com a SBN (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia) trabalharam em conjunto para elaboração deste manual de diretrizes de codificação das cirurgias da coluna vertebral, com o objetivo de sistematizar a codificação dos procedimentos junto ao segmento da Saúde Suplementar no Brasil.

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

Este trabalho de codificação é contínuo, e recentemente passou por uma revisão dos manuais de codificação com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) que resultou nesta terceira versão do manual, mantendo a fusão de ambos os manuais de codificação e uso racional de DMIs para composição de um manual único em conformidade com protocolos da AMB.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO o precedente da codificação no SUS pela Portaria nº 914 de 2014 do Ministério da Saúde, órgão 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 N° 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 de Procedimentos em Cirurgia da Coluna Vertebral, encontra-se totalmente amparados pela legalidade e ética e em absoluto acordo com as regulamentações dos nossos órgãos de classe e fiscalizadores, do Código de Ética Médica e da Constituição Federal.

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

O trabalho destas sociedades será permanente, e o Manual será revisado periodicamente, sempre que surgirem novas demandas.

São Paulo, 04 de setembro de 2025

Dr. Robert Meves
Presidente SBC (biênio 2023/2024)

Dr. Alexandre Fogaça Cristante
Presidente SBC (biênio 2025/2026)

Dr. Wuilker Knoner Campos
Presidente SBN (biênio 2023/2024)

Dr. Paulo Henrique Pires de Aguiar
Presidente SBN (biênio 2025/2026)

Dr. Fernando Baldy dos Reis
Presidente SBOT (2024)

Dr. Paulo Lobo Junior
Presidente SBOT (2025)

SUMÁRIO

I – Conceitos Preliminares em Cirurgia da Coluna Vertebral.....	09
II – Descrição das Codificações em Coluna Vertebral.....	10
III – Codificações em Coluna:	
1. Consultório e Visita Hospitalar.....	16
2. Doenças Degenerativas da Coluna Vertebral.....	28
3. Patologias Traumáticas da Coluna Vertebral.....	64
4. Tumores de Coluna Vertebral.....	84
5. Deformidades e Malformações da Coluna Vertebral.....	108
6. Infecções e outras Afecções da Coluna Vertebral.....	129
7. Cirurgia Endoscópica da Coluna Vertebral.....	145
8. Procedimentos para Controle da Dor na Coluna Vertebral.....	156
IV – Relacionamento com as Operadoras de Saúde.....	170
V – Urgências e Emergências em Coluna Vertebral: Aplicação da Definição do CFM.....	181

I - CONCEITOS PRELIMINARES EM CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL

CIRURGIAS MULTI-SEGMENTARES

As cirurgias multi-segmentares da coluna vertebral, ou seja, aquelas envolvendo mais de um segmento vertebral, agregam maior complexidade, riscos e tempo cirúrgico ao ato cirúrgico, merecendo assim remuneração adicional proporcional.

Em alguns tipos de cirurgias, onde são realizados procedimentos em vertebrae adjacentes, utiliza-se o conceito de segmento vertebral ao invés de nível, para evitar cobrança duplicada. Por exemplo, a artrodese entre L4-L5, embora envolva duas vértebras, é cobrada como um procedimento apenas. Exemplo semelhante se aplica a foraminotomia (3.07.15.36-9) para abordagem do forame entre L4-L5, com cobrança da mesma forma.

Por outro lado, quando realizamos a substituição do corpo de L2, bem como a substituição do corpo de L3, no mesmo ato cirúrgico, a cirurgia deverá ser remunerada pelos dois níveis vertebrais.

Os procedimentos da coluna vertebral não são remunerados duas vezes, quando a mesma patologia está presente bilateralmente, dentro de um mesmo segmento ou nível vertebral/discal. Exemplo: no tratamento cirúrgico da estenose foraminal L4-L5 bilateral, não poderá ser realizada cobrança adicional, pelos dois lados.

PROCEDIMENTOS COBRADOS POR SEGMENTO:

3.07.15.01-6 Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	12C
3.07.15.02-4 Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	12C
3.07.15.11-3 Espondilolistese - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.09-1 Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9 Trat. microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	10B
3.07.15.39-3 Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.18-0 Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.59-8 Artroplastia discal de coluna vertebral	12C
3.14.03.33-6 Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método.....	10C
3.14.03.03-4 Denervação percutânea de faceta articular – por segmento	9C

PROCEDIMENTOS COBRADOS POR CADA VÉRTEBRA OPERADA:

3.07.15.03-2 Biópsia da coluna	7C
3.07.15.19-9 Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.22-9 Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.15.28-8 Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.38-5 Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	13C
3.07.15.17-2 Hemivértebra – ressecção via anterior ou posterior – tratamento cirúrgico	11C
4.08.14.09-2 Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras).....	8C

PROCEDIMENTOS COBRADOS POR CADA ESTRUTURA ABORDADA (FORAME, FACETA, COSTELA):

4.08.13.36-3 Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular.....	5A
3.06.01.02-9 Costectomia	8B
2.01.03.30-1 Infiltração de ponto-gatilho (por região muscular)	3A

PROCEDIMENTOS COBRADOS APENAS UMA VEZ CADA CIRURGIA:

3.07.15.05-9 Cirurgia de coluna por via endoscópica	11A
3.07.15.12-1 Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
3.07.15.16-4 Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	12B
3.07.15.21-0 Osteomielite de coluna - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.24-5 Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico	9C
3.07.15.26-1 Retirada de corpo estranho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.27-0 Retirada de material de síntese - tratamento cirúrgico	8A
3.07.15.31-8 Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular	14B
3.07.15.32-6 Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	11B
3.07.15.35-0 Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares.....	13B
(tumor, malformações arteriovenosas, siringomielia, parasitoses)	
3.07.32.02-6 Enxerto ósseo	9B
3.07.15.10-5 Dorso curvo/escoliose/giba costal – tratamento cirúrgico.....	14B
3.02.15.02-1 Craniotomia descompressiva.....	9C
3.16.0216-9 Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide.....	3C
3.14.01.10-4 Implante de eletrodo para neuroestimulação.....	13C
3.14.03.14-0 Implante de gerador para neuroestimulação.....	10C

II - DESCRIÇÃO DAS CODIFICAÇÕES EM COLUNA VERTEBRAL

Artrodese da coluna com instrumentação por segmento – 3.07.15.01-6: Trata-se da fusão de um segmento vertebral instável por qualquer via de acesso, com fixação/instrumentação associada (cages, parafusos, hastes) para possibilitar a fusão do segmento instável. Para efeito de cobrança junto às fontes pagadoras, esse procedimento é multiplicado pelo número de segmentos artrodesados, por exemplo: Artrodese envolvendo artrodese de três segmentos e é descrita como 3.07.15.01-6 (x 3). Não há indicação de via de acesso específica, podendo ser utilizado em qualquer via, tanto aberta como percutânea.

Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral – 3.07.15.02-4: Trata-se da fusão vertebral realizada especificamente por via anterior ou pósterolateral sem instrumentação específica, indicada para tratamento cirúrgico de instabilidade vertebral com acesso direcionado conforme a anatomia e patologia apresentada. Para efeito de cobrança junto às fontes pagadoras, esse procedimento é multiplicado pelo número de segmentos artrodesados, por exemplo: Artrodese envolvendo artrodese de três segmentos e é descrita como 3.07.15.02-4 (x 3).

Descompressão da medula ou de cauda equina – 3.07.15.09-1: Trata-se da liberação da medula espinhal e/ou de raiz(es) espinhal(is) de compressões tumorais ou císticas (intra/extra medulares), lesões inflamatórias/infecciosas, fragmentos ósseos, osteófitos, ligamento amarelo hipertrofiado, fragmentos discais, hematoma ou de corpo estranho. O procedimento é multiplicado para cada nível operado, não havendo indicação de via de acesso específica, podendo ser utilizado em qualquer via, tanto aberta como endoscópica.

Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento – 3.07.15.36-9: Trata-se do tratamento da estenose do canal vertebral primária (congenita) ou secundária (degenerativa), seja no compartimento central ou no compartimento foraminal. Na prática, consiste na realização de foraminotomia(s), flavectomia e/ou osteofitectomias. Este procedimento é multiplicado pelo número de segmentos operados, não havendo indicação de via de acesso específica, podendo ser utilizado em qualquer via, tanto aberta como endoscópica.

Hérnia de disco tóraco-lombar – tratamento cirúrgico – 3.07.15.18-0: Trata-se da discectomia para tratamento da hérnia discal lombar por qualquer via ou qualquer técnica. O procedimento é multiplicado por cada disco operado, não havendo indicação de via de acesso específica, podendo ser utilizado em qualquer via, tanto aberta como endoscópica.

Hérnia discal cervical – tratamento cirúrgico – 3.07.15.39-3: Trata-se da discectomia específica para tratamento da hérnia discal na região cervical por qualquer via ou qualquer técnica, com particularidades anatômicas e técnicas próprias da região cervical.

Cirurgia da coluna por via endoscópica – 3.07.15.05-9: Trata-se da via de acesso, ou seja, da utilização de conhecimento e treinamento prévios para realizar acesso à coluna por via endoscópica, associada com radioscopia intraoperatória e equipamentos de visualização e iluminação profunda com irrigação contínua para o tratamento de diversas doenças da coluna (hérnias de disco, estenoses, discites, compressões osteofitárias e outras), independentemente da região a ser realizada (cervical, torácica ou lombar), com instrumental apropriado, independentemente do número de portais realizados.

Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras) – 4.08.14.09-2: Trata-se de procedimento cirúrgico minimamente invasivo que inclui múltiplos procedimentos: discectomia percutânea para remoção de parte do disco que está pressionando um nervo, e osteoplastia/vertebroplastia para tratamento de fraturas vertebrais através da injeção de cimento ósseo especial na área fraturada da coluna vertebral, proporcionando estabilização e suporte às vértebras afetadas.

Laminectomia ou laminotomia – Tratamento Cirúrgico – 3.07.15.19-9: Trata-se da remoção parcial (laminotomia) ou completa (laminectomia) da lâmina vertebral para descompressão neural, permitindo acesso ao canal vertebral para tratamento de diversas patologias compressivas.

Espondilolistese – tratamento cirúrgico – 3.07.15.11-3: Trata-se do tratamento cirúrgico do deslizamento vertebral (espondilolistese) através de técnicas de redução, descompressão e fusão vertebral para restaurar o alinhamento espinhal e estabilidade.

Substituição de corpo vertebral – 3.07.15.28-8: Trata-se da substituição cirúrgica do corpo vertebral por material sintético ou biológico, indicado em casos de destruição vertebral por tumor, infecção ou trauma, requerendo reconstrução corporal completa.

Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular – 4.08.13.36-3: Trata-se de procedimento realizado com anestésico local e/ou corticoide nas articulações ou intradiscas da coluna vertebral e forames no tratamento das dores axiais ou radiculares de coluna vertebral, também utilizado para controle de dor do cóccix. O valor final deste código é multiplicado pelo número de segmentos facetários e neuroforames infiltrados (existem facetas e neuroforames à direita e à esquerda).

Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticoide – 3.16.02.16-9: Trata-se da aplicação de corticoide no espaço peridural ou subaracnóideo para tratamento de processos inflamatórios e dor radicular, proporcionando alívio da dor através da redução do processo inflamatório local.

Bloqueio neurolítico peridural ou subaracnóideo – 3.16.02.15-0: Trata-se da aplicação de agentes neurolíticos próximo de estruturas nervosas envolvidas na nocicepção, de maneira a destruí-las e provocar mudanças funcionais que culminem com o alívio de quadros dolorosos. Os tipos de neurólise são químicas (fenol ou etanol), física (calor através de radiofrequência ou frio através de crioblação) ou neurocirúrgica (mecânica), geralmente realizado uma vez por segmento da coluna vertebral.

Bloqueio anestésico de simpático lombar – 3.16.02.06-1: Trata-se do procedimento que consiste na injeção de anestésico local ventralmente ao músculo psoas, ao longo da cadeia simpática lombar, guiada por ultrassom ou raio X. O bloqueio simpático lombar bloqueia essa cadeia do sistema nervoso autônomo, indicado nas dores de membro fantasma, síndromes regionais complexas de manutenção simpática, dores gerais com manutenção simpática, dor oncológica, dor pós-operatória, dores discogênicas e neuropatias periféricas.

Rizotomia percutânea por segmento (qualquer método) – 3.14.03.33-6: Trata-se de procedimento que produz uma lesão pequena e focal em um determinado nervo através de medicamento (química) ou por calor (térmica), amplamente utilizado nos procedimentos de joelhos, quadril e coluna para controle da dor. Este procedimento é multiplicado pelo número de segmentos operados para fins de cobrança.

Denervação percutânea de faceta articular – por segmento – 3.14.03.03-4: Trata-se de procedimento minimamente invasivo usado para tratar a dor articular crônica causada por alterações degenerativas nas articulações facetárias da coluna vertebral. O procedimento envolve o uso de medicamento ou cânulas de crioanalgesia para bloqueio/modulação do ramo medial do ramo dorsal, responsáveis pela transmissão dos sinais de dor da articulação afetada para o cérebro. Pode ser usada como procedimento para bloqueio teste para a Rizotomia facetaria por radiofrequência.

Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo) – 2.01.03.30-1: Trata-se de procedimento para tratamento de pontos dolorosos musculares (pontos gatilho) através de infiltração com anestésico local ou agulhamento seco, sendo cobrado por músculo tratado e podendo ser utilizado em conjunto para tratamento de múltiplas causas da dor em um só momento.

Discografia – 4.08.14.10-6: Trata-se de procedimento utilizado para caracterizar a anatomopatologia/arquitetura do disco intervertebral e para determinar se se trata de uma fonte de dor crônica da espinha. A discografia deve ser usada apenas nos pacientes com dor crônica, na qual se suspeita de uma etiologia discogênica, requerendo baixa pressão intradiscal, morfologia anormal do disco, reprodução da dor e resposta à estimulação a outro nível nula ou mínima. Este procedimento é multiplicado pelo número de discos operados.

Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) – 4.08.11.02-6: Trata-se de procedimento de acompanhamento radiológico transoperatório onde a maioria dos procedimentos em coluna vertebral é realizada sob a visão da radioscopia, exigindo do cirurgião de coluna a interpretação contínua das imagens durante o procedimento cirúrgico.

Biópsia da coluna – 3.07.15.03-2: Trata-se da coleta de material biológico da coluna vertebral para análise histopatológica, permitindo o diagnóstico definitivo de lesões tumorais, infecciosas ou inflamatórias.

Monitorização neurofisiológica intra-operatória em Neurocirurgia – 2.02.02.04-0: Trata-se de procedimento que promove a diminuição de chance de lesão na manipulação dos nervos, auxiliando a identificar estruturas neurológicas específicas, identificar alterações neurofisiológicas irritativas e reversíveis, fazendo com que a cirurgia tome rumo

mais seguro. O procedimento é realizado com ajuda de um médico neurofisiologista que monitora os nervos, enquanto o cirurgião realiza os testes durante a cirurgia estimulando estruturas e materiais a fim de evitar lesões.

Enxerto ósseo – 3.07.32.02-6: Trata-se de material utilizado para promover a fusão de vértebras afetadas por diferentes condições, como artrodese de coluna, escoliose e espondilolistese. Existem diferentes tipos: enxerto autólogo (retirado do próprio paciente), enxerto alógeno (de doador), enxerto sintético (produzido em laboratório) e substituto ósseo (materiais biocompatíveis).

Implante de eletrodo para neuroestimulação – 3.14.01.10-4: Trata-se do implante de eletrodos específicos para estimulação elétrica de estruturas neurais com finalidade de controle da dor crônica refratária a outros tratamentos.

Implante de gerador para neuroestimulação – 3.14.03.14-0: Trata-se do implante do dispositivo gerador de impulsos elétricos que alimenta os eletrodos implantados para neuroestimulação, funcionando como uma unidade de controle da estimulação neural.

Fratura de coluna – tratamento conservador – 3.07.15.12-1: Trata-se do tratamento não cirúrgico de fraturas vertebrais através de imobilização, medicação e fisioterapia, indicado em fraturas estáveis sem comprometimento neurológico.

Instalação de halo craniano – 3.07.09.01-6: Trata-se da colocação de dispositivo de imobilização cervical através de fixação craniana com pinos, proporcionando imobilização rígida da coluna cervical em casos de fraturas ou instabilidade.

Tração cervical transesquelética – 3.07.15.29-6: Trata-se da aplicação de força de tração na coluna cervical através de dispositivos transesqueléticos para redução de fraturas, luxações ou descompressão neural.

Acupuntura por sessão – 3.16.01.01-4: Trata-se de terapia complementar através da inserção de agulhas em pontos específicos para alívio da dor e melhora funcional, cobrada por sessão realizada.

Outras afecções da coluna – tratamento incruento – 3.07.15.23-7: Trata-se do tratamento não cirúrgico de diversas patologias da coluna através de medicação, fisioterapia, infiltrações e outras medidas conservadoras.

Consulta em horário normal ou preestabelecido – 1.01.01.01-2: Trata-se de consulta médica realizada em horário de funcionamento normal do consultório ou serviço médico, com agendamento prévio.

Consulta em pronto socorro – 1.01.01.03-9: Trata-se de atendimento médico realizado em serviço de urgência e emergência para casos que requerem avaliação imediata.

Visita hospitalar a paciente internado – 1.01.02.01-9: Trata-se do acompanhamento médico diário de paciente internado, incluindo avaliação clínica, ajuste terapêutico e evolução do quadro.

Curativos em geral sem anestesia, exceto queimados – 2.01.04.10-3: Trata-se da realização de curativo simples sem necessidade de anestesia, incluindo limpeza, medicação tópica e cobertura da ferida operatória.

Osteotomia da coluna vertebral – tratamento cirúrgico – 3.07.15.22-9: Trata-se da secção cirúrgica do osso vertebral para correção de deformidades espinhais, realinhamento da coluna ou correção de cifose/lordose patológicas, permitindo reposicionamento adequado dos segmentos vertebrais.

Tumor ósseo vertebral – tratamento cirúrgico – 3.07.15.38-5: Trata-se da ressecção cirúrgica de tumores primários ou metastáticos localizados nos corpos vertebrais, arcos posteriores ou elementos ósseos da coluna, incluindo reconstrução quando necessária.

Fraturas ou fratura-luxação de coluna – tratamento cirúrgico – 3.07.15.16-4: Trata-se do tratamento cirúrgico de fraturas vertebrais instáveis ou fratura-luxações através de redução, fixação interna e estabilização, visando restaurar o alinhamento espinhal e prevenir lesão neurológica.

Osteomielite de coluna – tratamento cirúrgico – 3.07.15.21-0: Trata-se do tratamento cirúrgico de infecção óssea vertebral através de desbridamento, remoção de tecido necrótico, drenagem de abscesso e estabilização quando necessária, frequentemente associado à antibioticoterapia prolongada.

Pseudartrose de coluna – tratamento cirúrgico – 3.07.15.24-5: Trata-se do tratamento cirúrgico da falha de consolidação óssea após fusão vertebral prévia, requerendo novo procedimento de artrodese com remoção de tecido fibroso e novo enxerto ósseo.

Retirada de corpo estranho – tratamento cirúrgico – 3.07.15.26-1: Trata-se da remoção cirúrgica de corpos estranhos localizados no canal vertebral ou estruturas adjacentes, incluindo fragmentos de projétil, material cirúrgico migrado ou outros objetos.

Retirada de material de síntese – tratamento cirúrgico – 3.07.15.27-0: Trata-se da remoção cirúrgica de implantes ortopédicos previamente colocados (parafusos, hastes, placas) por quebra do material, infecção, migração ou após consolidação adequada.

Tratamento cirúrgico da lesão traumática raquimedular – 3.07.15.31-8: Trata-se do tratamento cirúrgico de lesões traumáticas da medula espinhal e estruturas neurais, incluindo descompressão, estabilização e reconstrução para preservação ou recuperação da função neurológica.

Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais – 3.07.15.32-6: Trata-se do tratamento cirúrgico de malformações congênitas da transição craniovertebral (occípito-C1-C2), incluindo malformação de Arnold-Chiari, impressão basilar e outras anomalias da junção craniocervical.

Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares – 3.07.15.35-0: Trata-se do tratamento microcirúrgico de lesões localizadas dentro da medula espinhal, incluindo tumores intramedulares, malformações arteriovenosas, siringomielia e parasitoses, requerendo técnica microcirúrgica especializada.

Dorso curvo/escoliose/giba costal – tratamento cirúrgico – 3.07.15.10-5: Trata-se do tratamento cirúrgico de deformidades espinhais como escoliose, cifose (dorso curvo) e giba costal através de correção, fusão vertebral e instrumentação para restaurar alinhamento espinhal adequado.

Craniotomia descompressiva – 3.02.15.02-1: Trata-se da abertura cirúrgica do crânio para descompressão cerebral em casos de hipertensão intracraniana, frequentemente associada a procedimentos da coluna cervical alta ou malformações craniovertebrais.

Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia) – 3.07.15.34-2: Trata-se do tratamento não cirúrgico de lesões da medula espinhal através de imobilização, medicação, fisioterapia e cuidados especializados, cobrado por dia de tratamento hospitalar.

Fratura e/ou luxação de coluna vertebral – redução incruenta – 3.07.15.15-6: Trata-se da redução não cirúrgica de fraturas ou luxações vertebrais através de manobras externas, tração ou manipulação, sem necessidade de abertura cirúrgica.

Programação de dispositivos neurofuncionais – 2.01.01.35-0: Trata-se da programação e ajuste de dispositivos eletrônicos implantados para neuroestimulação, incluindo configuração de parâmetros, intensidade e frequência dos estímulos elétricos.

Artroplastia discal de coluna vertebral – 3.07.15.59-8: Trata-se da substituição do disco intervertebral por prótese discal artificial, preservando a mobilidade segmentar em alternativa à fusão vertebral em casos selecionados de doença degenerativa discal. Este procedimento é multiplicado pelo número de segmentos operados para fins de cobrança.

Tratamento cirúrgico da fístula liquórica – 3.14.01.26-0: Trata-se do reparo cirúrgico de fístula do líquido cefalorraquidiano, incluindo identificação do local de vazamento e fechamento hermético para prevenir complicações infecciosas.

Costectomia – 3.06.01.02-9: Trata-se da ressecção cirúrgica de arcos costais, com porte para 1 arco costal e 30% deste porte para cada arco adicional, frequentemente utilizada para acesso cirúrgico à coluna torácica.

Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral – 3.06.01.19-3: Trata-se da abertura cirúrgica da cavidade torácica para acesso anterior à coluna torácica, permitindo procedimentos como artrodese anterior ou correção de deformidades.

Lesões vasculares intra-abdominais – 3.09.10.13-7: Trata-se do reparo cirúrgico de lesões vasculares abdominais que podem ocorrer durante procedimentos na coluna lombar anterior, incluindo lesões de grandes vasos.

Injeção de toxina botulínica – monoclar – 3.03.11.05-5: Trata-se da aplicação de toxina botulínica para tratamento de espasticidade ou contraturas musculares associadas a patologias da coluna, promovendo relaxamento muscular temporário.

Laser – por sessão – 3.16.02.21-5: Trata-se da aplicação de terapia com laser de baixa potência para tratamento de dor e processo inflamatório, promovendo analgesia e bioestimulação tecidual, cobrado por sessão.

Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles – 3.07.30.12-0/13-9: Trata-se da aplicação de ondas de choque focalizadas em tecidos moles para tratamento de pontos dolorosos musculares e tendinosos, com cobrança diferenciada para primeira aplicação e reaplicações.

Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes ósseas – 3.07.32.05-0/06-9: Trata-se da aplicação de ondas de choque focalizadas em estruturas ósseas para estimular consolidação óssea e tratar pseudartroses, com cobrança diferenciada para primeira aplicação e reaplicações.

Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – 3.07.13.13-7: Trata-se da punção de articulações vertebrais para coleta de material diagnóstico ou infiltração terapêutica com medicamentos anti-inflamatórios ou anestésicos.

Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica – 3.07.13.14-5: Trata-se da punção de estruturas extra-articulares para diagnóstico ou terapia, incluindo infiltração de tecidos moles ou agulhamento seco para tratamento da dor.

Neurectomia pré-sacral ou do nervo gênilo-femoral – 3.13.07.10-8: Trata-se da secção cirúrgica dos nervos pré-sacrais ou gênilo-femorais para tratamento de dor pélvica crônica refratária a outros tratamentos conservadores.

Bloqueio fenólico, alcoólico ou com toxina botulínica por segmento corporal – 2.01.03.14-0: Trata-se da aplicação de agentes neurolíticos (fenol, álcool) ou toxina botulínica para bloqueio prolongado de nervos, cobrado por segmento corporal tratado.

Bloqueio de nervo periférico – 3.14.03.02-6: Trata-se do bloqueio anestésico de nervos periféricos específicos para diagnóstico ou tratamento de dor localizada, utilizando anestésicos locais com ou sem corticoides.

Bloqueio do sistema nervoso autônomo – 3.14.05.01-0: Trata-se do bloqueio de componentes do sistema nervoso autônomo (simpático ou parassimpático) para tratamento de dor com manutenção autonômica.

Bloqueio anestésico simpático – 3.16.02.07-0: Trata-se do bloqueio temporário da cadeia simpática com anestésicos locais para teste diagnóstico ou alívio temporário de dor com componente simpático.

Bloqueio de gânglio estrelado com anestésico local – 3.16.02.09-6: Trata-se do bloqueio do gânglio estrelado cervical com anestésico local para tratamento de síndromes dolorosas dos membros superiores e região cérvico-facial.

Bloqueio de gânglio estrelado com neurolítico – 3.16.02.10-0: Trata-se do bloqueio do gânglio estrelado com agentes neurolíticos para tratamento prolongado de dor com manutenção simpática dos membros superiores.

Bloqueio anestésico de plexo celíaco – 3.16.02.05-3: Trata-se do bloqueio temporário do plexo celíaco com anestésicos para teste diagnóstico de dor abdominal de origem visceral.

Bloqueio neurolítico do plexo celíaco, simpático lombar ou torácico – 3.16.02.14-2: Trata-se do bloqueio permanente com agentes neurolíticos dos plexos celíaco, simpático lombar ou torácico para tratamento de dor oncológica ou crônica refratária.

Bloqueio simpático por via venosa – 3.16.02.17-7: Trata-se do bloqueio do sistema simpático através da administração intravenosa regional de medicamentos, técnica alternativa para tratamento de síndromes dolorosas complexas.

Passagem de catéter peridural ou subaracnóideo com bloqueio de prova – 3.16.02.22-3: Trata-se da inserção de catéter no espaço peridural ou subaracnóideo para administração contínua de medicamentos, precedido de teste diagnóstico.

Microcirurgia para tumores extra-intradurais – 3.07.15.20-2: Trata-se da ressecção microcirúrgica de tumores localizados no espaço extra ou intradural, requerendo técnica microcirúrgica para preservação de estruturas neurais.

Hemivértebra – ressecção via anterior ou posterior – 3.07.15.17-2: Trata-se da ressecção cirúrgica de hemivértebra (malformação congênita) por via anterior ou posterior para correção de deformidade espinhal e prevenção de progressão.

Exploração cirúrgica de nervos (Neurólise externa) – 3.14.03.12-3: Trata-se da exploração cirúrgica de nervos periféricos com liberação de aderências externas (neurólise externa) para restauração da função neural.

Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos – 3.14.03.21-2: Trata-se da liberação microcirúrgica de aderências internas dos nervos (intraneural ou intrafascicular) em dois ou mais nervos, requerendo técnica microcirúrgica especializada.

CAPÍTULO 1

CONSULTÓRIO E VISITA HOSPITALAR

1.1 — CONSULTA GERAL DE COLUNA VERTEBRAL	17
1.2 — CONSULTA: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL	18
1.3 — CONSULTA DE RETORNO POS-OPERATÓRIO + CURATIVO	19
1.4 — VISITA HOSPITALAR - COLUNA I (PATOLOGIAS NÃO TRAUMÁTICAS)	20
1.5 — VISITA HOSPITALAR - COLUNA II (PATOLOGIAS NÃO TRAUMÁTICAS) + INFILTRAÇÃO COLUNA	21
1.6 — VISITA HOSPITALAR - COLUNA III (PATOLOGIAS TRAUMÁTICAS/TRM DA COLUNA)	22
1.7 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA I (PATOLOGIAS NÃO TRAUMÁTICAS DA COLUNA)	23
1.8 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA II (PATOLOGIA NÃO TRAUMÁTICA) + INFILTRAÇÃO COLUNA NA EMERGÊNCIA	24
1.9 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA III (PATOLOGIAS TRAUMÁTICAS/TRM DA COLUNA VERTEBRAL)	25
1.10 — RESPOSTA DE PARECER - COLUNA IV (TRM CERVICAL) + TRAÇÃO CERVICAL	26
1.11 — PROGRAMAÇÃO DE ELETRODO PARA NEUROESTIMULAÇÃO	27

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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Semanal ou Quinzenal - Depende do diagnóstico	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<i>1.01.01.01-2</i>	Consulta em horário normal ou preestabelecido	2B
<i>3.07.15.12-1</i>	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
<i>3.07.15.23-7</i>	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Hospitalar diário e pós alta hospitalar quinzenal por 3 meses.	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	30 dias (para avaliar cicatrização)	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 atibioticoterapia 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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento do especialista em cirurgia da coluna	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
Descrição		
Materiais de Apoio	Descrição	Quantidade
	SERINGA 10ml	01
	AGULHA	02
	LIDOCAÍNA SEM VASO	01
	CORTICÓIDE	01
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento do especialista em cirurgia da coluna	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
Descrição		
Materiais de Apoio	Descrição	Quantidade
	SERINGA 10ml	01
	AGULHA	02
	LIDOCAÍNA SEM VASO	01
	CORTICÓIDE	01
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<i>1.01.01.03-9</i>	Consulta em pronto socorro	2C
<i>3.07.15.12-1</i>	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
<i>3.07.15.34-2</i>	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
<i>3.07.15.15-6</i>	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta	5B
<i>3.07.15.23-7</i>	Outras afecções da coluna - tratamento incruento	3B
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input type="checkbox"/> Materiais especiais		
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<i>1.01.01.03-9</i>	Consulta em pronto socorro	2C
<i>3.07.15.12-1</i>	Fratura de coluna - tratamento conservador	2C
<i>3.07.15.34-2</i>	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
<i>3.07.09.01-6</i>	Instalação de halo craniano	3A
<i>3.07.15.15-6</i>	Fratura e/ou luxação de coluna vertebral - redução incruenta	5B
<i>3.07.15.29-6</i>	Tração cervical transesquelética	8B
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Halo Craniano, fixador craniano de Mayfield ou Pinça de Gardner Wells	
Resolubilidade	Baixa	
Seguimento	Diário enquanto paciente estiver internado	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 0 dia(s)
<input type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Programador médico do neuroestimulador (fornecido pela empresa sem custos)	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Periódico conforme necessidade de ajustes na programação do neuroestimulador ou bomba	
<input checked="" type="checkbox"/> 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)	

CAPÍTULO 2

DOENÇAS DEGENERATIVAS DA COLUNA VERTEBRAL

2.1 — HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA LOMBAR	29
2.2 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA (<i>COSTO-TRANSVERSECTOMIA</i>)	31
2.3 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA (<i>VIA TRANSTORÁCICA OU RETRO-PLEURAL</i>)	33
2.4 - ESTENOSE DE CANAL VERTEBRAL (<i>DESCOMPRESSÃO POSTERIOR</i>)	35
2.5 - CISTO FACETÁRIO	37
2.6 - ARTRODESE DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR (<i>VIA POSTERIOR</i>)	39
2.7 - ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR (<i>ALIF, LLIF, XLIF</i>)	41
2.8 - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA (<i>VIA TRANSTORÁCICA OU RETRO- PLEURAL</i>)	43
2.9 — ARTROPLASTIA DA COLUNA LOMBAR (<i>VIA ANTERIOR</i>)	45
2.10 — ESPONDILOLISTESE LOMBAR OU LOMBOSSACRA	47
2.11 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR	49
2.12 - ARTROPLASTIA DE COLUNA CERVICAL	51
2.13 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR COM CORPECTOMIA	53
2.14 - FORAMINOTOMIA CERVICAL POSTERIOR (<i>VIA TUBULAR</i>)	55
2.15 - DESCOMPRESSÃO CERVICAL POSTERIOR (<i>LAMINECTOMIA ou LAMINOPLASTIA</i>)	57
2.16 - ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR	59
2.17 - ARTRODESE CERVICAL 360°	61

Nome do Procedimento	2.1 — 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 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		
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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio, Lupa. Outros: Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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.

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(1) Em caso de fístula liquórica inadvertida no intraoperatório, 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	2.2 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA SEM INSTABILIDADE TRATAMENTO CIRÚRGICO (VIA COSTO-TRANSVERSECTOMIA)	
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 transversal (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		
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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio, Lupa. Outros: Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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).

Comentários

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 fístula liquórica inadvertida no intraoperatório, 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	2.3 - 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 foramina 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio, Lupa. Outros: Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
<input checked="" type="checkbox"/> 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:

Comentários

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 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 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.

(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	2.4 - 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 liquórica 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	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 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)	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

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

Comentários

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 fístula 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.

(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	2.5 - 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, 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 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
3.07.15.20-2	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 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)	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio ou Lupa, Arco cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do cisto facetario (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).

Comentários

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 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	2.6 - 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, póstero-lateral ou por custo-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 póstero 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 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

	Descrição	Quantidade
OPMEs	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	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
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: 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.

Comentários

SOBRE AS CODIFICAÇÕES

(¹) Códigos de artrorese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrorese 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 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.

(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 artrorese 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	2.7 - 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 artrodese intersomática pela via anterior ou lateral para acesso retroperitoneal e afastamento de estruturas vasculares ilíacas (se necessário), associado ou não à suplementação posterior para artrodese 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	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
3.07.15.36-9	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 liquórica 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 NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATÓRIA ²	01	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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:

Comentários

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 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 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	2.8 - 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 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
	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		
✓ Materiais especiais	Materiais para magnificação cirúrgica: Microscópio, Lupa. Outros: Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
✓ Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos das artrodeses + código da hérnia discal (dissectomia) + 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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(1) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(2) Em caso de Toracotomia para acesso cirúrgico nas técnicas via anterior ou lateral.</p> <p>(3) Osteotomia em delta dos corpos vertebrais para abordagem do canal medular</p> <p>(4) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea</p> <p>(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.</p> <p>(C) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose</p>	

Nome do Procedimento	2.9 — 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 NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATORIA ³	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros 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 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.

(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	2.10 — 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 álgicos 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 pósterolateral - 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 liquórica 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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	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		
✓ Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
✓ Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código da espondilolistese + o código das artrodeses + código da hérnia de disco (dissectomia) + 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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso</p> <p>(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.</p> <p>(C) PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage c/ parafuso/trava); LLIF (01 cage c/ parafuso/trava)</p>	

Nome do Procedimento	2.11 - 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 instabilização 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 pósterolateral - 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 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
Opção 1 ^A	CAGE STAND-ALONE + SISTEMA PRÓPRIO DE TRAVAS E/OU PARAFUSOS ^A	1/nível
Opção 2 ^A	CAGE INTERSSOMÁTICO 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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros 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) 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.

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	2.12 - 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	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATORIA ³	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

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

Comentários

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 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.

Nome do Procedimento	2.13 - 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 pósterolateral - 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 PADRÃO OU EXPANSÍVEL	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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 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.

Nome do Procedimento	2.14 - 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-osteofitário, 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-osteofitário) 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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p>	

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 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) 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	2.15 - 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	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 liquórica ¹	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 HEMOSTÁTICO	01/vértebra
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01
	BROCAS DE DRILL (CORTANTE/DIAMANTADA)	01/cada
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^A	02
	ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ¹	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ¹	01
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁴	
Resolubilidade		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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).

Comentários

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 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) 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 relação a lesões durais.

Nome do Procedimento	2.16 - 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 fístula 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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	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
	CONNECTORES 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	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁴	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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).</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(⁴) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p> <p>OPMES</p> <p>(^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.</p> <p>(^B) Necessidade de Fixação cervico-torácica</p> <p>(^C) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.</p>	

Nome do Procedimento	2.17 - 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 liquórica 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
Opção 3 ^A	PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	02/vértebra
	CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSÍVEL ^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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação, Fixador craniano de Mayfield ⁴	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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 (dissectomia) + 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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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 código hérnia discal - dissectomia (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 código hérnia discal - dissectomia (3.07.15.39-3)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(²) Se for necessária uma corpectomia</p> <p>(³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(⁶) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p>	

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) 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.

CAPÍTULO 3

PATOLOGIAS TRAUMÁTICAS DA COLUNA VERTEBRAL

3.1 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (VIA POSTERIOR SEM CORPECTOMIA)	65
3.2 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (VIA POSTERIOR COM CORPECTOMIA)	67
3.3 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (360° COM CORPECTOMIA)	69
3.4 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO DA COLUNA CERVICAL – TRATAMENTO VIA ANTERIOR (SEM CORPECTOMIA)	72
3.5 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL –VIA ANTERIOR (COM CORPECTOMIA)	74
3.6 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL, CRÂNIO-CERVICAL OU CERVICO-TORÁCICA) TRATAMENTO VIA POSTERIOR	76
3.7 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL, CRANIO-CERVICAL OU CERVICO-TORÁCICA) – <i>TRATAMENTO 360°</i>	78
3.8 — FRATURA DE ODONTÓIDE – TRATAMENTO VIA ANTERIOR	81
3.9 — FRATURA VERTEBRAL PATOLÓGICA – VERTEBROPLASTIA	83

Nome do Procedimento	3.1 — 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	<input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> 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 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
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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebras 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.

Comentários

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 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.

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	3.2 — 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- transversectomia) + 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 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	
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 póstero 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 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
	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
	CONNECTORES 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 SANGUÍNEA AUTÓLOGA ("CELL SAVER") ^D	01
	COLA BIOLÓGICA OU SELANTE DURAL ⁵	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁵	01
	CIMENTO ORTOPÉDICO ^E	01/vértebra
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES:</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(²) Usar este código em caso de trauma raquimedular, pois aumenta o risco e tempo cirúrgicos.</p> <p>(³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o íliaco, por exemplo.</p> <p>(⁴) Em caso de necessidade de abordagem por costo-transversectomia</p> <p>(⁵) Em caso de fístula 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.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(^A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea</p> <p>(^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)</p> <p>(^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.</p> <p>(^D) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.</p> <p>(^E) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose</p>	

Nome do Procedimento	3.3 — 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 pótero 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 ⁶	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁶	01
CIMENTO ORTOPÉDICO ^E	01/vértebra	
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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 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. (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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela</p>	

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	3.4 — 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 pósterolateral - 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação, Halo Craniano ⁴ , fixador craniano de Mayfield ⁴ ou Pinça de Gardner Wells ⁴	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: códigos de fraturas ou fratura-luxação + códigos de artrodese + 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, vertebros 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.

Comentários

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 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.

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	3.5 — 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 anatómicas 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 póstero 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 EXPANSÍVEL	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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação, Halo Craniano ⁴ , fixador craniano de Mayfield ⁴ ou Pinça de Gardner Wells ⁴	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> 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, vertebros 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:

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) 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.

Nome do Procedimento	3.6 — 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 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 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/OCCIPITAL 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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Halo Craniano ⁴ , fixador craniano de Mayfield ^{3,4} ou Pinça de Gardner Wells ⁴	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs:</p> <p>(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.</p>	

Nome do Procedimento	3.7 — FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL, CRANIO-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 artrodese 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 artrodese 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 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 e extensas com lesão significativa do complexo ligamentar posterior, luxação facetária irreduzível 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	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero 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 fistula 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 PARAFUSOS PARA TRAVAMENTO DE PLACA ^A	01 02/vértebra
Opção 3 ^A	CAGE DE CORPECTOMIA CERVICAL PADRÃO OU EXPANSÍVEL ^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/OCCIPTAL 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação, Halo Craniano ⁵ , Mayfield ^{4,5} ou Pinça de Gardner Wells ⁵	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p>	

- (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 lesões durais.

Nome do Procedimento	3.8 — 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 transversa 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arcos Cirúrgicos (2), Halo Craniano ² , fixador craniano de Mayfield ^{1,2} ou Pinça de Gardner Wells ²	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>OBS 2: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p> <p>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</p>	

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.
- (4) Monitorização neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente do paciente com devida justificativa (risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de déficit pré-existente). Ressalta-se que o código escolhido será destinado exclusivamente à equipe de neuromonitorização, não sendo repassado à equipe cirúrgica

Nome do Procedimento	3.9 — 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 álgicos refratários ao tratamento conservador ou incapacitantes.	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois se necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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).</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: Código de Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico (3.07.15.16-4) deve ser cobrado uma única vez.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Se houver suspeita de lesão neoplásica.</p>	

CAPÍTULO 4

TUMORES DE COLUNA VERTEBRAL

4.1 — TUMOR VERTEBRAL VIA ANTERIOR COM CORPECTOMIA	85
4.2 — TUMOR VERTEBRAL VIA POSTERIOR, COM ARTRODESE E CORPECTOMIA	87
4.3 — TUMOR VERTEBRAL (360°)	90
4.4 — TUMOR VERTEBRAL VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA E ARTRODESE (SEM CORPECTOMIA)	94
4.5 — TUMOR VERTEBRAL VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA, SEM ARTRODESE	96
4.6 — TUMOR VERTEBRAL DE ELEMENTOS POSTERIORES - RESSECÇÃO POSTERIOR COM ARTRODESE	98
4.7— TUMOR VERTEBRAL DE ELEMENTOS POSTERIORES - SEM ARTRODESE	100
4.8 — TUMOR VERTEBRAL: ARTRODESE/FIXAÇÃO POR VIA POSTERIOR PERCUTÂNEA - COM OU SEM “CIMENTAÇÃO”/ “STENT” VERTEBRAL DA LESÃO	102
4.9 — TUMOR DE CANAL VERTEBRAL (EXTRA OU INTRA DURAL, EXTRA OU INTRA MEDULAR) - RESSECÇÃO TUMORAL E DESCOMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA - (SEM ARTRODESE)	104
4.10 — TUMOR DE CANAL VERTEBRAL (EXTRA OU INTRA DURAL, EXTRA OU INTRA MEDULAR) - RESSECÇÃO TUMORAL E DESCOMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA - (COM ARTRODESE)	106

Nome do Procedimento	4.1 — 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 pósterio lateral - 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 SANGUÍNEA AUTÓLOGA (“CELL SAVER”) ^C	01
	KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁶	01

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(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.</p>	

Nome do Procedimento	4.2 — 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 costo- transversectomia) com laminectomia no nível da lesão, substituição de um ou mais corpos vertebrais pelo cage de corpectomia toracolombar, seguida de artrodese/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	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero 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 SANGUÍNEA 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	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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 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 código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES:</p> <p>(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 costo-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 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. (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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(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 hastas (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). (P) 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</p>	

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	4.3 — 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 pósterolateral - 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 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
	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 SANGUÍNEA 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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁴ , Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 (artrodese 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, vértebras 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.

Comentários

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) 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 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.
- (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 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) 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.

Nome do Procedimento	4.4 — 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 artrodese/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	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência	
Contraindicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia Óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM		
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
3.07.15.19-9	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 CÉRVICO-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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		

<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ²
Resolubilidade	Alta
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade	
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(1) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(2) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea</p> <p>(B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.</p> <p>(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)..</p> <p>(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.</p> <p>(E) Indicado em casos específicos que apresentem alto risco de sangramento intraoperatório.</p> <p>(F) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.</p> <p>(G) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.</p>

Nome do Procedimento	4.5 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ¹	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> 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, 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) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.

(²) 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.

(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	4.6 — 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 artrodese/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		
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
3.07.15.19-9	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 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 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 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ²	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros 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) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o íliaco, por exemplo.
- (2) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.
- (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.

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 Íliaco, 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	4.7— 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 fístula 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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ¹	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, 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.

Comentários

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 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.

(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	4.8 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS:</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p> <p>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</p>	

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	4.9 — 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; siringomielia; etc, com descompressão medular/cauda equina por via posterior com laminectomia ou laminoplastia - sem artrodese. 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.	
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, siringomielia, 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ²	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS:</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de</p>	

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	4.10 — TUMOR DE CANAL VERTEBRAL (EXTRA OU INTRA DURAL, EXTRA OU INTRA MEDULAR) - RESSECÇÃO TUMORAL 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 algica significativa e refratária. Presença de instabilidade ou potencial instabilidade	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 (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
	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
	CORTADOR ÓSSEO ULTRASSÔNICO ^E	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 ^G	01/vértebra	
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁵	01	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		

<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ³
Resolubilidade	Alta
Seguimento	Fisioterapia/consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico, depois conforme necessário
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade	
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>OBS 3: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(1) Deve-se escolher um dos códigos a depender da localização da lesão: intra-medulares, intra-dural/extra-medular ou extra-dural.</p> <p>(2) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(3) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p> <p>(4) Em caso de durotomia programada ou 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.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso ou quando utilizada a técnica percutânea</p> <p>(B) Parafusos de Ilíaco, conectores e respectivas porcas serão requisitados se for necessário estender a fixação até a pelve.</p> <p>(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)..</p> <p>(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.</p> <p>(E) Para ressecções ósseas (osteotomias/laminectomias) com menos sangramento e maior segurança em relação a lesões durais.</p> <p>(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.</p> <p>(G) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso - paciente com osteoporose.</p>

CAPÍTULO 5

DEFORMIDADES E MALFORMAÇÕES DA COLUNA VERTEBRAL

5.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE DE INÍCIO PRECOCE COM SISTEMA DE CRESCIMENTO	109
5.2 — CIRURGIA PARA ALONGAMENTO DE HASTE DE CRESCIMENTO	111
5.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCOLIOSE DO ADOLESCENTE COM ARTRODESE POR VIA POSTERIOR	112
5.4 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFOSE PATOLÓGICA COM ARTRODESE POR VIA POSTERIOR	115
5.5 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CIFO-ESCOLIOSE / ESCOLIOSE CONGÊNITA COM RESSECÇÃO DE HEMIVERTEBRA E ARTRODESE POR VIA POSTERIOR	117
5.6 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DEFORMIDADE (TORACO-LOMBAR, LOMBAR OU LOMBOSSACRA) DO ADULTO COM ARTRODESE 360°	119
5.7 — 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°)	122
5.8 — MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA	125
5.9 — MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS - CIRURGIA DESCOMPRESSIVA COM FIXAÇÃO OCCIPTO-CERVICAL	127

Nome do Procedimento	5.1 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESCOLIOSE DE INÍCIO PRECOCE COM SISTEMA DE CRESCIMENTO
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

	Descrição	Quantidade
OPMEs	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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Halo Craniano ² , Fixador craniano de Mayfiel ² ou Pinça de Gardner Wells ² , Fios de Kirschner/Steinmann ²	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia + Consultas pós-op + Reabordagens seriadas para alongamento da haste se necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de</p>	

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	5.2 — 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	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ¹	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	.	
Seguimento	Fisioterapia + Consultas pós-op + Reabordagens seriadas para alongamento da haste se necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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.</p>	

Nome do Procedimento	5.3 — 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 póstero-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 liquórica 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 ⁶	01
	SUBSTITUTO DE DURAMATER ⁶	01
	NEURONAVEGADOR / ROBÔ ^H	01
KIT MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ⁸	01	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		

<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Halo Craniano ⁷ , Fixador craniano de Mayfield ⁷ ou Pinça de Gardner Wells ⁷ , Fios de Kirschner/Steinmann ⁷ , Neuronavegador / Robô ^H , O-Arm ^H
Resolubilidade	Alta
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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 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 código hérnia discal - discectomia (3.07.15.18-0).</p> <p>OBS 5: O acréscimo das demais etapas cirúrgicas complementares deverão estar devidamente justificadas conforme:</p> <p>I - Os achados de história clínica, exame físico e exames complementares (correlação clínica-radiológica);</p> <p>II - Objetivos cirúrgicos, que também deverão estar discriminados no pedido.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(²) Em casos onde haja a necessidade de uma osteotomia com ressecção vertebral (VCR) – (vide OBS 4).</p> <p>(³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(⁴) Quando realizada a Costoplastia.</p> <p>(⁵) Em cirurgias definitivas de pacientes com sistemas prévios compatíveis com o crescimento.</p> <p>(⁶) 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.</p> <p>(⁷) Códigos usados quando houver necessidade de tração transesquelética (por membro) e/ou tração craniana no intra-operatório.</p> <p>(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.</p> <p>OPMEs</p> <p>(A) Os ganchos e as bandas podem ser uma opção aos parafusos ou serem utilizadas concomitantemente de forma híbrida</p> <p>(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)..</p> <p>(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</p>

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 íliaco 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 durais.

(^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	5.4 — 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 fistula 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	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 2 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Halo Craniano ³ , Fixador craniano de Mayfield ³ ou Pinça de Gardner Wells ³ , Fios de Kirschner/Steinmann ³ , Neuronavegador / Robô ^E , O-Arm ^E	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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) Códigos usados quando houver necessidade de tração transesquelética (por membro) e/ou tração craniana no intra-operatório.

(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) 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	5.5 — 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 artrodese 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	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ¹	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pótero 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 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
	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 NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Colete, Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

OBSERVAÇÕES GERAIS

OBS 1: A configuração final do pedido de cirurgia vai ser: código do dorso curvo/escoliose/giba costal + código de ressecção de hemivertebra + 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, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).

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

Comentários

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 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) 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	5.6 — 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 póstero 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
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-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 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
	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”) ¹	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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Neuronavegador / Robô ^K , O-Arm ^K , Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> 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: 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:

Comentários

- 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 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) Em deformidades Iatrogênicas com ou sem pseudoartrose.

(8) 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.

(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 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) 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	5.7 — 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 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
3.07.15.39-3	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 ABÓRDADA) ^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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁷ , Neuronavegador / Robô ^K , O-Arm ^K , Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90, 180 e depois 360 dias para avaliar fusão	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como</p>	

o íliaco, por exemplo.

(⁵) Em Deformidades Iatrogênicas com ou sem pseudoartrose.

(⁶) 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.

(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 interssomáticos e o cage de corpectomia podem ser utilizados concomitantemente caso seja necessário uma discectomia e artrodese em um nível + uma corpectomia em outro nível.

(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 significativa

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

Nome do Procedimento	5.8 — 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 liquórica 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ¹	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹)Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p> <p>(²) Nos casos em que necessitar ampliação dural por duroplastia utilizando gálea aponeurótica</p>	

ou substituto de dura-mater, 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	5.9 — 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 crâniovertebrais	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

	Descrição	Quantidade
OPMEs	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	

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ¹	
Resolubilidade	Alta	

Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade	
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Nos casos em que necessitar ampliação dural por duroplastia utilizando gálea aponeurótica ou substituto de dura-mater, ou ambos.</p> <p>(²) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo.</p> <p>(³) Instalação do estabilizador craniano de Fixador/tração crânio cervical para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais por via posterior.</p> <p>(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.</p>

CAPÍTULO 6

INFECÇÕES E OUTRAS AFECÇÕES DA COLUNA VERTEBRAL

6.1 - ESPONDILODISCITE/ABSCESSO EPIDURAL - ARTRODESE POR VIA ANTERIOR (ISOLADA), VIA POSTERIOR (ISOLADA) OU VIA COMBINADA (360°)	130
6.2 — ESPONDILODISCITE/ABSCESSO EPIDURAL (TORÁCICO/LOMBAR) COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR/CAUDA EQUINA: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR SEM ARTRODESE	134
6.3 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIA COM OU SEM INSTRUMENTAÇÃO PRÉVIA	136
6.4 — RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM COLUNA VERTEBRAL	138
6.5 — RETIRADA DE IMPLANTES/PSEUDOARTROSE DE COLUNA VERTEBRAL	140
6.6 — LESÃO VERTEBRAL - BIÓPSIA DE COLUNA	143
6.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUÓRICA (ABERTA)	144

Nome do Procedimento	6.1 - ESPONDILODISCITE/ABCESSO 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 toracolombar) 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	<input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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 póstero 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 ^J	01/segmento
DISPOSITIVO DE LAVAGEM PULSÁTIL	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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁷ , Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vértebras 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.

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) 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

(P) 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 Íliaco, 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 transitórias (ex: cervicotorácica)..
- (H) 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 relação a lesões durais.
- (L) Se for necessária a infusão de cimento pelo parafuso – paciente com osteoporose.

Nome do Procedimento	6.2 — ESPONDILODISCITE/ABSCESSO 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	<input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> 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/CÂNULA 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	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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, vertebros 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) 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 fisiológico

Nome do Procedimento	6.3 — 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 póstero lateral - 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, fixador/tração crânio cervical ³ , Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		

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:

Comentários

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 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.

(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	6.4 — 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
OPMEs	Descrição	Quantidade
	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Acompanhar ferida operatória pelo risco de fistula e ou infecção, manter antibioticoterapia profilática.	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	

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	6.5 — 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 póstero lateral - 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 fistula liquórica 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 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 ^G OU DE TRANSIÇÃO CERVICO-TORÁCICA ^H (A DEPENDER DA REGIÃO ABORDADA) ^I	02-04
	PLACA OCCIPITO-CERVICAL ^G	01
	PRAFUSOS P/ COMPONENTE CRANIANO/OCCIPTAL 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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Fonte de Luz para iluminação, Arco Cirúrgico, Fixador craniano de Mayfield ⁵ , Neuronavegador / Robô ^N , O-am ^N	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Mínimo de 6 meses com exames de imagem para acompanhar processo de artrodese	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
	<p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Códigos de artrodese devem ser usados concomitantemente quando for realizada a artrodese 360°, independente de quais vias sejam utilizadas.</p> <p>(²) Realização da ressecção do disco intervertebral (discectomia) para interposição de enxerto (com ou sem cage), usar o código conforme o segmento anatômico abordado.</p> <p>(³) Caso haja necessidade de retirar enxerto autólogo no mesmo sítio cirúrgico ou em outro, como o ilíaco, por exemplo</p> <p>(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.</p> <p>(⁵) Instalação do fixador craniano de Mayfield para posicionamento e fixação da cabeça em procedimentos cervicais.</p> <p>A Monitorização Neurofisiológica poderá ser indicada a critério do médico assistente, mediante justificativa plausível (como risco de lesão neurológica e/ou acompanhamento de</p>	

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 Iliaco, 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 durais.

(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	6.6 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Tomografia	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Conforme resultado da material	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	6.7 — TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUÓRICA (ABERTA)	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de fístula liquórica pós-operatória que não respondeu ao tratamento conservador. A técnica envolve reabertura da ferida operatória anterior, drenagem de coleção (liquórica, 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	G96	
Indicação	Fístula liquórica 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 fístula liquórica	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Microscópio ou Lupa, Arco Cirúrgico, Fonte de Luz para iluminação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> 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.	

CAPÍTULO 7

CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL

7.1 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA CISTO SINOVIAL	146
7.2 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA HÉRNIA DISCAL	148
7.3 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA ESTENOSE DA COLUNA VERTEBRAL	150
7.4 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA PARA DISCITE INFECCIOSA	152
7.5 — CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA VERTEBRAL COM ARTRODESE	154

Nome do Procedimento	7.1 — 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 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
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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Torre de vídeo, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e reavaliação em 30 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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</p>	

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 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) A técnica utilizada será a de escolha do médico assistente.

Nome do Procedimento	7.2 — 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	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Torre de vídeo, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Consultas pós-operatórias seriadas	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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</p>	

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 liquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fístula liquórica. 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	7.3 — 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
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 90°	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 NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Torre de vídeo, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia ambulatorial e controle clínico	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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</p>	

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 liquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. 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	7.4 — 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 90°	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 NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA ³	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 1 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Torre de vídeo, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Antibioticoterapia guiada por cultura e controle clínico-laboratorial	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebros ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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</p>	

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 liquórica inadvertida no intraoperatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento cirúrgico de fistula liquórica. 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	7.5 — 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 artrodese 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	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento ²	12C
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero 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 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
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 90°	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

<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Torre de vídeo, Arco Cirúrgico	
Resolubilidade		
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
<input checked="" type="checkbox"/> 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 líquórica inadvertida intra-operatório, acrescentar no relatório cirúrgico final o código de Tratamento

cirúrgico de fistula líquórica. 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

(^A) A técnica utilizada será a de escolha do médico assistente.

CAPÍTULO 8

PROCEDIMENTOS PARA CONTROLE DA DOR NA COLUNA VERTEBRAL

8.1 — INFILTRAÇÃO/BLOQUEIO DE COLUNA (DOR AXIAL E/OU RADICULAR)	157
8.2 — CRIODENERVAÇÃO FACETÁRIA POR SEGMENTO	158
8.3 — DENERVAÇÃO DE FACETAS POR MÉTODO QUÍMICO	159
8.4 — RIZOTOMIA DE FACETAS POR RADIOFREQUÊNCIA	160
8.5 — ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU DE NERVO PERIFÉRICO I (Técnica percutânea – Fase Teste)	161
8.6 — ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU NERVO PERIFÉRICO II (Técnica percutânea – Fase do Implante)	162
8.7 — ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase Teste)	163
8.8 — ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase do Implante)	164
8.9 — REVISÃO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULAÇÃO	165
8.10 — RIZOTOMIA SELETIVA OU SUPERSELETIVA PARA ESPASTICIDADE	166
8.11 — DISCECTOMIA PERCUTÂNEA	167
8.12 — DISCOGRAFIA LOMBAR	168
8.13 — OZONIOTERAPIA PARA CONTROLE DE DOR OSTEOMUSCULAR DE COLUNA VERTEBRAL	169

Nome do Procedimento	8.1 — 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, intradisciais, 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-espinhoso 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 KIT DESCARTÁVEL DE CÂNULA INFUSORA INTEGRADA COM ELETRODO DE ESTIMULAÇÃO	Quantidade 01 cânula/nível até máximo de 04
<input checked="" type="checkbox"/> Interação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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.</p>	

Nome do Procedimento	8.2 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico; Console de Criodenervação; Eletrodo/Sonda de Criodenervação	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais denervados</p>	

Nome do Procedimento	8.3 — 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, 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
	Descrição	Quantidade
OPÇÃO 1	KIT DESCARTÁVEL DE CÂNULA 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Gerador de Ozônio (se utilizado esta metodologia química) *	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE OPMEs</p> <p>*Caso optado por esta metodologia ao invés de solução neurolítica. Automaticamente excludente em relação à opção 1.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais abordados</p>	

Nome do Procedimento	8.4 — 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 facetária. 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Gerador de radiofrequência	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrae ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(¹) Este código será multiplicado pelo número de segmentos vertebrais abordados</p>	

Nome do Procedimento	8.5 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	8.6 — 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 NÃO-RECARREGÁVEL OU RECARREGÁVEL (INCLUINDO KIT DE RECARGA)	01
	CONTROLE PESSOAL DE TERAPIA DO PACIENTE	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(1) Caso o eletrodo implantado em definitivo for o mesmo eletrodo teste, não cobrar este código nesta etapa.</p>	

Nome do Procedimento	8.7 — 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
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	8.8 — 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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	CAMPO CIRÚRGICO ADESIVO ESTÉRIL	01
	KIT ELETRODO DE NEUROESTIMULAÇÃO EM PLACA HEMOSTÁTICO	01-02
	PINÇA BIPOLAR (PONTA CURTA E/OU LONGA)	01/cada
	KIT LAMINOPLASTIA (SE OPÇÃO POR LAMINOTOMIA)	01
	NEUROESTIMULADOR NÃO-RECARREGÁVEL OU RECARREGÁVEL (INCLUINDO KIT DE RECARGA)	01
	CONTROLE PESSOAL DE TERAPIA DO PACIENTE	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	8.9 — 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
	Descrição	Quantidade
OPMEs	QUALQUER DISPOSITIVO DE NEUROESTIMULAÇÃO QUE ESTEJA EM MAL-FUNIONAMENTO OU INFECTADO (ELETRODOS, CABOS EXTENSORES, CONECTORES, GERADOR/NEUROESTIMULADOR, CONTROLE PESSOAL DO PACIENTE, ETC)	01
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>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)</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	8.10 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 3dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p>	

Nome do Procedimento	8.11 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(1) Estes códigos serão multiplicados pelo número de segmentos vertebrais (discos) operados..</p> <p>(2) Este código será cobrado uma única vez por procedimento</p> <p>(3) Este código será multiplicado pelo número de segmentos/níveis bloqueados</p>	

Nome do Procedimento	8.12 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto 1dia(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebrais ou estruturas abordados na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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</p>	

Nome do Procedimento	8.13 — 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
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	UTI 0 dia(s)	Quarto: 1 dia
<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia		
<input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais	Arco Cirúrgico, Ultrassom, Gerador de ozônio	
Resolubilidade	Alta	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
<input checked="" type="checkbox"/> Rastreabilidade		
Comentários	<p>OBSERVAÇÕES GERAIS</p> <p>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.</p> <p>OBS 2: Alguns códigos podem ser cobrados múltiplas vezes, a depender do número de segmentos, vertebbras ou estruturas abordadas na cirurgia (Cirurgias Multi-Segmentares).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>SOBRE AS CODIFICAÇÕES</p> <p>(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.</p> <p>(²) Este código será cobrado uma única vez por procedimento.</p> <p>(³) Este código será multiplicado pelo número de segmentos/níveis.</p>	

IV - RELACIONAMENTO COM AS OPERADORAS DE SAÚDE

A proposta desta secção é ser simples, apresentando uma fonte de consulta rápida para que nossos associados SBN e SBC/SBOT saibam de seus direitos ao solicitar seus procedimentos, principalmente em situações eventuais de abuso 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

Editor-Chefe do Manual de Codificação

Ex-presidente da SBN (Sociedade Brasileira de Neurocirurgia)

Membro Titular da SBC (Sociedade Brasileira de Coluna)

Legendas:

- MA = Médico assistente
 - PEP = Processo ético profissional
 - CFM = Conselho Federal de Medicina
 - ANS = Agência Nacional de Saúde
 - CEM = Código de Ética Médica
 - 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

- 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

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.

2

Os auditores ou suas empresas de auditoria devem possuir inscrição CRM na jurisdição onde foi prestada a auditoria

- Art.1º, Resolução CFM no 1.614/2001

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

3

Pedidos de exames ou procedimentos negados pelo plano devem vir com nome e CRM do Auditor

- Art.4º, Resolução CFM 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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.

4

Auditor tem que ter sigilo profissional no ato de auditoria. Não pode fazer anotações no prontuário do paciente

- Art.6º, Resolução CFM 1.614/2001

Comentário: Somente o médico assistente poderá fazer anotações no prontuário do paciente

5

Auditor pode solicitar esclarecimentos ao médico assistente sobre o procedimento solicitado

- Parágrafo 3º, Art.6º, Resolução CFM 1.614/2001

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 1.614/2001

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 1.614/2001
- Art. 6º Resolução CFM 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

Auditor não pode autorizar, vetar, modificar procedimentos solicitados pelo MA

- Art.8º, Resolução CFM 1.614/2001
- Art.52º, Cap. XI, CEM
- Art.94º, Cap. XI, CEM
- Art.97º, Cap. XI, CEM
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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 2.318/2022

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 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 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 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 1.614/2001
- Art.96º, Cap. XI, CEM

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, CEM

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, CEM

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, CEM

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, CEM

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 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 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 2.318/2022
- Art. 52º do Cap VII - CEM

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

- Art. 96º, 97º do CEM

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

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 com restrição de honorários médicos

- 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 (Lei dos Planos de Saúde)

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

Operadoras que descumprirem as resoluções do CFM podem ter seus registros cancelados no CRM e denunciados na ANVISA e ANS

- Art. 4º, Resolução CFM Nº 1.642/2002

Comentário:

Infelizmente esta resolução foi revogada pelo CFM

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 9.961/2000

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 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 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 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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/marcas OPME

- Art.3º, Resolução CFM 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 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 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 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, carimbada e assinada

- Art.5º, parágrafo único, Resolução CFM Nº 1.956/2010
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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

Glosa pós-operatória de procedimento realizado

- Art. 67 do Cap VIII do CEM
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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 diretor técnico do plano de saúde poderá ser acionado junto ao CRM local por infração dos artigos supracitados

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.

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

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.

- Parecer CFM Nº 8/14
- Art. 6º Resolução CFM 2.318/2022

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.

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

- Art. 12, **inciso VI**, da Lei 9.656/1998
- Resolução ANS Nº 259/11

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.*

V - URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM COLUNA VERTEBRAL: APLICAÇÃO DA DEFINIÇÃO DO CFM

A Resolução CFM N° 1451/95 define estas terminologias da seguinte forma:

- **EMERGÊNCIA MÉDICA** como quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de **aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto**, causando risco de vida ou **grande sofrimento** ao paciente e necessitando de **solução imediata**, a fim de **evitar mal irreversível** ou morte;
- **URGÊNCIA MÉDICA** como quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de **aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito**, podendo causar risco de vida ou **grande sofrimento** para o paciente, necessitando de **tratamento em curto prazo**, a fim de **evitar mal irreversível** ou morte.

Conforme o PARECER CFM N° 2109/2009 CRM-PR, ambos os termos têm em comum serem quadros nosológicos graves, se não tratados, que podem levar a mal irreversível ou morte. Diferem basicamente quanto ao surgimento daquela situação ou seja, a **emergência** está relacionada ao aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, necessitando de solução imediata, é um estado de **agudeza**; na **urgência** o aparecimento é rápido, mas não é súbito e imprevisto e a solução pode ser em curto prazo, portanto é um estado de **semi-agudeza**.

Tabela A. Diferenciação entre os conceitos de Urgência versus Emergência segundo Resolução CFM n 1451/95 com aplicação nas patologias de coluna vertebral.

Características	Urgência	Emergência
Aparecimento/Agravo de uma patologia de coluna	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido • Progressivo/previsível 	<ul style="list-style-type: none"> • Súbito • Imprevisto
Impacto na saúde do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de vida • Grande sofrimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de vida • Grande sofrimento
Tratamento (tempo-sensível)	<ul style="list-style-type: none"> • Curto prazo (definido pelo MA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Imediato
Consequência se não realizado tratamento médico	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão irreversível • Morte 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão irreversível • Morte
Sinônimos	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de semi-agudeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de agudeza

Durante a construção do presente manual, estes conceitos foram amplamente aplicados para cada situação em cada tabela de procedimentos. Não é difícil imaginar as situações patológicas na coluna vertebral em que se possa aplicar ambos os conceitos, até para a mesma patologia.

Como exemplo clássico de EMERGÊNCIAS EM COLUNA, temos as situações de compressões neurológicas (medula e/ou raízes) que normalmente apresentam uma instalação SÚBITA e déficit neurológico importante (GRANDE SOFRIMENTO) necessitando INTERVENÇÃO IMEDIATA (risco iminente de LESÃO IRREVERSÍVEL), como nos casos:

- **Síndrome do pé caído** => compressão da raiz de L5 causada normalmente com fragmento extruso de hérnia de disco causando paralisia motora desta raiz.
- **Síndrome da cauda equina** => compressão das raízes lombares causada normalmente com fragmento extruso de hérnia de disco causando paralisia motora e sensitiva de várias raízes.
- **Síndrome do cone medular** => compressão da parte final da medula (cone medular) causada normalmente com fragmento extruso de hérnia de disco causando paralisia motora e sensitiva de várias raízes, anestesia em sela.
- **Síndromes de compressão medular** => qualquer compressão medular causando déficit neurológico, como hematoma, abscesso, tumores, hérnia de disco extrusa.

- **TRM (Trauma raquimedular)** => que ocorre após fratura/luxação da coluna vertebral, e quem em níveis de medula cervical superiores pode representar risco iminente de morte.

Entretanto, as mesmas patologias de emergência supracitadas podem ocorrer de forma rápida e progressiva, porém não súbita, configurando então uma **URGÊNCIA**.

Estas mesmas síndromes podem ocorrer de forma inesperada (**IMPREVISTO**) em paciente sem histórico de problemas de coluna, configurando o conceito de **EMERGÊNCIA**. Mas ao mesmo tempo, pode ser um paciente com uma patologia de coluna previamente conhecida e já consultado que agudizou de forma a incapacitar progressivamente este paciente até se transformar em um caso de **URGÊNCIA**, necessitando intervenção rápida, mas não necessariamente imediata como ocorre nas emergências. Ambos os conceitos navegam entre as questões temporal, de previsibilidade, riscos de lesões irreversíveis e terapia tempo-sensível a depender da história clínica do paciente.

Com relação à **DOR DE COLUNA AGUDA** ou reagudizada, há normalmente uma negligência estrutural e sistêmica por parte das operadoras de saúde com relação aos procedimentos de controle de dor (bloqueios, infiltrações), como se o paciente tivesse direito ao controle de suas dores até onde a medicação dada na emergência alcançar. Da mesma forma que nos casos anteriores, a dor aguda ou reagudizada pode ser um caso de emergência ou urgência dependendo do contexto em que ela aparece, conforme os conceitos já citados, mas com certeza representa um **GRANDE SOFRIMENTO**, e, portanto, quadro **GRAVE**, para o paciente e deve ser tratada de forma **RÁPIDA** ou **IMEDIADA**.

Portanto, a negativa de cobertura para procedimentos de controle de dor (bloqueios, infiltrações) em situações de emergência ou urgência sob o pretexto de que não se trata de um problema grave (sem risco de vida) não encontra acolhimento dentro da supracitada resolução do CFM, que na verdade alberga o conceito de **GRANDE SOFRIMENTO** que a dor pode causar dentro das definições tanto de **URGÊNCIA** quanto de **EMERGÊNCIA**.

Finalizando, sob o ponto de vista regulatório, é válido lembrar 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.

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO EM CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL

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