

Doenças orgânicas, não exatamente caracterizadas como deficiências				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
B24	Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não especificada	1. Relatório médico contendo descrição do quadro clínico atual, tratamento antirretroviral em uso e presença de eventuais sequelas e/ou outras limitações. O relatório médico deverá ser emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada. 2. A infecção pelo HIV deverá ser comprovada através de qualquer um dos elementos abaixo: a. Cópia de receituário médico da terapia antirretroviral em uso; ou b. Cópia de exame confirmatório para o HIV (sorologia, imunoenensaio ou outro); ou c. Cópia de contagem de carga viral (quando presença de valores superiores ao nível mínimo de detecção, isto é, resultado diferente de indetectável). Observações: a. Para fins de concessão do benefício para METRO e CPTM, o relatório médico deverá constar, obrigatoriamente, a(s) doença(s) oportunista(s) em tratamento atual ou, quando já tratada(s), a descrição da(s) seqüela(s). b. A lista de doenças oportunistas constam de documentação oficial disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos">http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos</a> . c. Inexistindo doença oportunista em tratamento ou seqüela relevante, o benefício será concedido exclusivamente para o transporte coletivo urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTtrans.	Não  Sim: quando houver comprometimento para deambulação	01 ano
B91	Sequela de Poliomielite	1. Somente com sequelas que levem a atrofia de um ou mais membros, corrigidas ou não com aparelhos ou órteses. 2. Formulário de Solicitação descrevendo a atrofia, os membros afetados e a utilização ou não de aparelhos ou órteses; 3. Documentos/exames (facultativo): a. laudo de exame de ENMG compatível com a seqüela.	Não: unilateral  Sim: bilateral	4 anos
B92	Sequela de Hanseníase	Para 1ª solicitação ou renovação: 1. Somente com sequelas que levem a atrofia ou deformidades de membros 2. Formulário de Solicitação descrevendo a seqüela neurológica e a atrofia de membros. 3. Documentos/exames: a. laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor ou sensitivo-motor grave ou; b. laudo de exame de Raio-X do membro afetado ou; c. tabela (escala) de incapacidade preenchida pelo médico dermatologista.	Não: unilateral  Sim: bilateral	4 anos
Neoplasias				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
C00 a C97	Neoplasias (Tumores) Malignas(os)	Para neoplasia maligna em estadio I, II e III: 1. Somente na vigência de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia parenteral; 2. Não serão incluídos quimioterapia ou hormonioterapia oral ou tópica; 3. Formulário de solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento, especificando a medicação em uso e a forma de administração; 4. Cópia do laudo de exame anatomopatológico (biópsia / peça cirúrgica) comprobatório da neoplasia.  Para neoplasia maligna em estadio IV: 1. Formulário de solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento, especificando o tratamento em curso; 2. Cópia do laudo de exame anatomopatológico (biópsia / peça cirúrgica) comprobatório da neoplasia; 3. Cópia de exames complementares utilizados para definir o estadiamento.	Sim	Estadio I, II e III: 1 ano  Estadio IV: 4 anos
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
E34.3	Nanismo não classificado em outra parte	1. Somente com nanismo cuja estatura final seja inferior a 140 cm. 2. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal e curva de crescimento abaixo do percentil 25%.	Não	4 anos
Transtornos Mentais e Comportamentais				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
F01	Demência Vascular	1. Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de resultado de Mini-mental ou avaliação neuropsicológica, realizados nos últimos 12 meses; 3. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos

<b>F06</b>	<b>Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo a doença de base com respectiva CID, as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do resultado do Mini-mental ou avaliação neurológica, realizados nos últimos 12 meses;</p> <p>3. Laudo de exame comprobatório da patologia ou histórico de internação.</p> <p>4. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	2 anos
<b>F07</b>	<b>Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo a doença de base com respectiva CID, as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p>	Sim	2 anos
<b>F19</b>	<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra informando que a pessoa se encontra em tratamento, contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais, as drogas desencadeantes do processo e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia de comprovante do tratamento atual.</p>	Sim	1 ano
<b>F20</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	4 anos
<b>F21</b>	<b>Transtorno esquizotípico</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	2 anos
<b>F24</b>	<b>Transtorno delirante induzido</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido somente por Psiquiatra descrevendo delírio compartilhado por 02 ou mais pessoas, as alterações mentais presentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F25</b>	<b>Transtornos esquizoafetivos</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica e/ou estabilizador do humor com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	2 anos
<b>F29</b>	<b>Psicose não orgânica não especificada</b>	<p><b>1. Válido somente na primeira solicitação.</b></p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>3. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão. Casos que necessitem de renovação e que persistam com limitações, deverão ser enquadrados com CID do transtorno mental especificado.</p>	Sim	1 ano
<b>F70</b>	<b>Retardo Mental Leve</b>	<p>1. Somente até os 18 anos</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>3. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.</p> <p>4. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.</p>	Sim	4 anos

<b>F71</b>	<b>Retardo Mental Moderado</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.</p>	Sim	4 anos
<b>F72</b>	<b>Retardo Mental Grave</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.</p>	Sim	4 anos
<b>F73</b>	<b>Retardo Mental Profundo</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.</p>	Sim	4 anos
<b>F83</b>	<b>Transtornos específicos mistos do desenvolvimento</b>	<p>1. Somente até 18 anos de idade.</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra ou Pediatra com descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e descrição das limitações nos aspectos de:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. aprendizagem e aplicação do conhecimento;</p> <p>c. mobilidade.</p> <p>3. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional ou Fonoaudiólogo.</p>	Sim	4 anos
<b>F84</b>	<b>Transtornos globais do desenvolvimento</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado/atividades de vida diária;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.</p>	Sim	4 anos
<b>F90</b>	<b>Transtornos hipercinéticos</b>	<p>1. Somente na faixa etária entre 06 e 18 anos.</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais, o prejuízo e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação do conhecimento;</p> <p>b. relações e interação interpessoal;</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>4. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	2 anos

<b>Doenças do Sistema Nervoso</b>				
<b>CID</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>	
<b>G04</b>	<p>Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 12 meses):</p> <p>a. Relatório de alta hospitalar ou;</p> <p>b. Laudo de exame de LCR ou;</p> <p>c. Laudo de TC ou RM de crânio ou coluna.</p> <p>Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.</p>	Sim	1 ano	

<b>G09</b>	<b>Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de LCR ou; b. Laudo de TC ou RM de crânio ou coluna..	Sim	4 anos
<b>G10</b>	<b>Doença de Huntington</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Teste genético (facultativo).	Sim	4 anos
<b>G11</b>	<b>Ataxia hereditária</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames (facultativos): a. Teste genético ou; b. Laudo de RM de crânio.	Sim	4 anos
<b>G12</b>	<b>Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Teste genético (facultativo).	Sim	4 anos
<b>G20</b>	<b>Doença de Parkinson</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatria ou Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
<b>G21</b>	<b>Parkinsonismo adquirido</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatria ou Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
<b>G25.5</b>	<b>Outras formas de Coreia</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, descrevendo descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal.	Sim	4 anos
<b>G25.9</b>	<b>Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, não especificados</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal.	Sim	4 anos
<b>G30</b>	<b>Doença de Alzheimer</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Geriatria ou Generalista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Documentos / exames: a. Cópia de resultado de Mini-mental realizado nos últimos 12 meses ou; b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica realizado nos últimos 12 meses. 3. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos

<b>G31</b>	<b>Outras doenças degenerativas do sistema nervoso, não classificadas em outra parte.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. comunicação;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Cópia de resultado de Mini-mental realizado nos últimos 12 meses ou;</p> <p>b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica realizado nos últimos 12 meses.</p> <p>3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação com até 03 meses da emissão (facultativo)</p>	Sim	4 anos
<b>G35</b>	<b>Esclerose Múltipla</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a limitação para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. comunicação;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RM de crânio ou coluna (validade de até 4 anos);</p> <p>3. Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível (facultativo).</p>	Sim	4 anos
<b>G36</b>	<b>Outras desmielinizações disseminadas agudas</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. comunicação;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RM de crânio ou coluna (validade de até 4 anos);</p> <p>3. Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível (facultativo).</p>	Sim	4 anos
<b>G37</b>	<b>Outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. comunicação;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RM de crânio ou coluna (validade de até 4 anos);</p> <p>3. Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível (facultativo).</p>	Sim	4 anos
<b>G54</b>	<b>Transtornos das raízes e dos plexos nervosos</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de ENMG (validade de até 4 anos); ou</p> <p>b. Relatório funcional emitido por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.</p>	Não: unilateral Sim: bilateral	1 ano
<b>G55.0</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em doenças neoplásicas</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base, intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da sequelas;</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo do exame anátomopatológico da neoplasia citada (no caso de neoplasia de mama, comprovar esvaziamento axilar) ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG (validade de até 4 anos) (facultativo)</p>	Não	1 ano
<b>G55.1</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC ou RM de coluna, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à ruptura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou equivalente ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p>	Não	2 anos

<b>G55.2</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC ou RM de coluna, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à ruptura de anulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou equivalente ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p>	Não	2 anos
<b>G60</b>	<b>Neuropatia Hereditária e Idiopática</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, grau de força muscular e e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente; ou</p> <p>b. Descrição de outro meio diagnóstico compatível.</p>	Sim	4 anos
<b>G61</b>	<b>Polineuropatia inflamatória</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico e e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. Obrigatório na 1ª solicitação.</p>	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores)	4 anos
<b>G62</b>	<b>Outras polineuropatias</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade. a limitação funcional motora.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. Obrigatório na 1ª solicitação.</p>	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores)	4 anos
<b>G63</b>	<b>Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. Obrigatório na 1ª solicitação.</p>	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores)	4 anos
<b>G70</b>	<b>Miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e e as limitações apresentadas para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade da vida diária;</p> <p>2. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. dosagem de anticorpos antireceptor de acetilcolina ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG compatível.</p> <p>3. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 3 meses da emissão.</p>	Sim	4 anos
<b>G71</b>	<b>Transtornos primários dos músculos</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e e as limitações apresentadas para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade da vida diária;</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG compatível ou;</p> <p>b. teste genético ou;</p> <p>c. biópsia muscular.</p>	Sim	4 anos
<b>G80</b>	<b>Paralisia Cerebral</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo o tratamento, sequelas motoras ou cognitivas, o grau de força muscular e e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.</p>	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	4 anos

<b>G81</b>	<b>Hemiplegia</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou; b. Laudo de RM de crânio ou coluna ou; c. Laudo de exame de ENMG.	Não  Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	4 anos
<b>G82</b>	<b>Paraplegia e tetraplegia</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna; ou b. Laudo de RM de crânio ou coluna; ou c. Laudo de exame de ENMG.	Não  Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	4 anos
<b>G83</b>	<b>Outras síndromes paralíticas</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2. Documentos / exames (realizados nos últimos 4 anos) a. Laudo de TC de crânio ou coluna; ou b. Laudo de RM de crânio ou coluna; ou c. Laudo de ENMG.	Não: unilateral  Sim: bilateral	4 anos
<b>G90</b>	<b>Hidrocefalia</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo tratamento, sequelas motoras ou cognitivas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade 3. Documentos / exames: a. laudo de TC de crânio ou b. laudo de RM de crânio ou; c. Relatório de alta de internação.	Sim	2 anos
<b>G93.4</b>	<b>Encefalopatia não especificada</b>	Somente associada a doença orgânica enquadradas nas CIDs K70 a K74. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Psiquiatra, ou Médico Triador de Transplante Hepático descrevendo o estadiamento atual da doença de base. 2. Documentos / exames: a. Relatório de alta de internação. b. Resultado de MELD ou equivalente (validade de até 6 meses).	Sim	1 ano

<b>Doenças do Olho e Anexos / Doenças dos Ouvidos e das Apófises Mastóides</b>						
<b>CID</b>	<b>Requisitos</b>			<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>	
<b>H54.0</b>	<b>Cegueira, ambos os olhos</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual inferior a 0,05 com a melhor correção no melhor olho ou; b. Campo Visual Tubular inferior a 10°, no melhor olho.			Sim	4 anos
<b>H54.1</b>	<b>Cegueira em um olho e visão subnormal em outro</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia, o lado afetado pela cegueira e a acuidade visual do olho contralateral, informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda com ângulo de 5° - 10°.			Sim	4 anos
<b>H54.2</b>	<b>Visão subnormal em ambos os olhos</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 da visão bilateral com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda bilateral com ângulo de 5° - 10°.			Sim	4 anos
<b>H90</b>	<b>Perda de audição por transtorno de condução e/ou neurosensorial</b>	1. Nos casos de deficiência auditiva neurosensorial ou mista, bilateral e de grau moderado ou superior, conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 40 decibéis). 2. Documentos / exames: a. Audiometria ou; b. BERA.			Não	4 anos
<b>Doenças do Aparelho Circulatório</b>						
<b>CID</b>	<b>Requisitos</b>			<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>	

<b>I60</b>	<b>Hemorragia subaracnóide</b>	<p>Somente com até um ano da data do evento vascular.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado / atividades de vida diária;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de TC de crânio ou;</p> <p>b. Laudo de RM de crânio ou;</p> <p>c. Resumo de alta hospitalar.</p> <p>Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .</p>	Sim	1 ano
<b>I64</b>	<b>Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico</b>	<p>Somente com até um ano da data do evento vascular.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado / atividades de vida diária;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de TC de crânio ou;</p> <p>b. Laudo de RM de crânio ou;</p> <p>c. Resumo de alta hospitalar.</p> <p>Casos com mais de um ano do diagnóstico com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .</p>	Sim	1 ano
<b>I69</b>	<b>Sequelas de doenças cerebrovasculares</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado / atividades de vida diária;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames - realizados nos últimos 4 anos:</p> <p>a. Laudo de TC de crânio ou;</p> <p>b. Laudo de RM de crânio;</p> <p>3. Em casos de sequela cognitiva:</p> <p>a. Cópia de resultado de Mini-Mental, realizado nos últimos 12 meses;</p> <p>b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica, realizada nos últimos 12 meses;</p> <p>4. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.</p>	Não	2 anos
<b>I89</b>	<b>Outros transtornos não infecciosos dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos</b>	<p>Exceto casos de obesidade grau III (IMC &gt; 40) ou de insuficiência vascular periférica;</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo elefantíase, linfedema estágio III, ou membro acometido &gt; 40% do contralateral e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. Linfocintilografia compatível.</p>	Não	2 anos
<b>I97.2</b>	<b>Síndrome do Linfedema Pós-Mastectomia</b>	<p>1. Somente para os casos em que:</p> <p>a. a doença de base está enquadrada na CID C50 - "Neoplasia Maligna da Mama" e cujo tratamento tenha envolvido, necessariamente, esvaziamento axilar; e</p> <p>b. exista perda da mobilidade no membro superior do lado comprometido com abdução abaixo de 60°</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base, intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da sequela;</p> <p>3. Cópia do laudo de exame anatomopatológico comprobatório da neoplasia maligna de mama e do esvaziamento axilar.</p>	Não	2 anos

**Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo**

CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
<b>M05</b>	<b>Artrite reumatóide</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas ou deformidades existentes e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de fator reumatóide ou anti-CCP positivo e/ou;</p> <p>b. Laudo de RX de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>c. Laudo de RM de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, realizada nos últimos 4 anos</p> <p>3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.</p>	Não	2 anos

<b>M06</b>	<b>Outras artrites reumatóides.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas ou deformidades existentes e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de fator reumatóide ou anti-CCP positivo e/ou;</p> <p>b. Laudo de RX de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>c. Laudo de RM de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, realizada nos últimos 4 anos</p> <p>3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.</p>	Não	2 anos
<b>M08</b>	<b>Artrite juvenil</b>	<p>Somente em grandes articulações.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RX ou RM do segmento comprometido, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. Laudo de RM do segmento comprometido realizada nos últimos 4 anos.</p>	Não	2 anos
<b>M12.5</b>	<b>Artropatia Traumática</b>	<p>Somente em grandes articulações.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RX ou RM do segmento comprometido, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. Laudo de RM do segmento comprometido realizada nos últimos 4 anos.</p>	Não	2 anos
<b>M15.0, M15.3 e M15.4</b>	<b>Poliartrose</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Reumatologista, descrevendo comprometimento em duas ou mais grandes articulações - joelhos, quadris, tornozelos, cotovelos, ombros (exceto articulação acromioclavicular) ou punhos - e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artrose grau 3 ou 4 das articulações citadas no relatório médico ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artrose grau 3 ou 4 das articulações citadas no relatório médico</p>	Não	2 anos
<b>M16</b>	<b>Coxartrose (artrose do quadril)</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4; ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4.</p> <p>Casos de pós-operatório de artroplastia e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.</p>	Não	4 anos
<b>M17</b>	<b>Gonartrose (artrose do joelho)</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artropatia degenerativa do joelho grau 3 ou 4 tricompartmental ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artropatia degenerativa do joelho grau 3 ou 4 tricompartmental.</p> <p>Casos de pós-operatório de artroplastia e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.</p>	Não	4 anos
<b>M19</b>	<b>Outras artroses</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo comprometimento em grandes articulações - tornozelo, cotovelo ou ombro (exceto articulação acromioclavicular) e descrevendo as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artropatia degenerativa grau 3 ou 4; ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artropatia degenerativa grau 3 ou 4.</p> <p>Casos de pós-operatório de artroplastia e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.</p>	Não	4 anos

<b>M21.5</b>	<b>Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as as deformidades, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4; ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4.</p>	Não	2 anos
<b>M21.8</b>	<b>Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros</b>	<p>Somente para deformidades com prejuízo funcional da amplitude de movimento do membro.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as deformidades, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido.</p>	Não	4 anos
<b>M32</b>	<b>Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista ou Nefrologista descrevendo as alterações em órgãos-alvo relacionadas ao lúpus, articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de FAN e;</p> <p>b. Cópia de exame de anti-DNA, anti-Sm, anti-P, anti-RNP, anti-Ro (SSA), anti-La (SSB) e;</p> <p>c. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.</p>	Não	2 anos
<b>M34.0</b>	<b>Esclerose sistêmica progressiva</b>	<p>Somente para casos com atividade atual ou sequelas decorrentes da doença.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista descrevendo alterações em órgãos-alvo relacionadas a esclerose sistêmica, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de FAN (padrão centromérico) e/ou;</p> <p>b. Cópia de exame de anti-Scl70 ou anti-centrômero e;</p> <p>c. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.</p>	Não	2 anos
<b>M40</b>	<b>Cifose e Lordose</b>	<p>Somente quando constatada "angulação maior ou igual a 40°" calculado pelo método de Cobb.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX de coluna dorsal, realizado nos últimos 12 meses.</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM de coluna, realizados nos últimos 4 anos (facultativo).</p>	Não	2 anos
<b>M41</b>	<b>Escoliose</b>	<p>Somente quando constatada "angulação maior ou igual a 45° latero-lateral" calculado pelo método de Cobb.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX de coluna panorâmico, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM de colunas, realizados nos últimos 4 anos</p>	Não	2 anos
<b>M42</b>	<b>Osteocondrose da coluna vertebral</b>	<p>Somente quando constatada "angulação maior ou igual a 40° calculado pelo método de Cobb.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX de coluna dorsal, realizado nos últimos 12 meses;</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM de coluna, realizados nos últimos 4 anos</p>	Não	2 anos

<b>M45</b>	<b>Espondilite anquilosante</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista descrevendo as articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de RX, realizado nos últimos 12 meses, de articulações sacroilíacas com descrição de sacroilite bilateral, anquilose de articulações sacroilíacas, edema ósseo ou erosões, ou de coluna com descrição de osteíte de cantos vertebrais, sindesmófitos ou coluna em bambu; ou</p> <p>b. Laudo de RM, realizada nos últimos 4 anos, de articulações sacroilíacas com descrição de sacroilite bilateral, anquilose de articulações sacroilíacas, edema ósseo ou erosões, ou de coluna com descrição de osteíte de cantos vertebrais, sindesmófitos ou coluna em bambu; ou</p> <p>c. Laudo de exame de HLA B27 positivo (facultativo);</p> <p>3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.</p>	Não	4 anos
<b>M47.1</b>	<b>Outras espondiloses com mielopatia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 04 anos):</p> <p>a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p> <p>Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente</p>	Não	1 ano
<b>M50.0</b>	<b>Transtornos dos discos cervicais com mielopatia.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 4 anos):</p> <p>a. Laudo de exames de TC ou RM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p> <p>Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente</p>	Não	2 anos
<b>M50.1</b>	<b>Transtornos dos discos cervicais com radiculopatia.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 4 anos):</p> <p>a. Laudo de exames de TC ou RM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p> <p>Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente</p>	Não	2 anos
<b>M51.0</b>	<b>Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 4 anos):</p> <p>a. Laudo de exames de TC ou RM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p> <p>Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .</p>	Não	2 anos
<b>M51.1</b>	<b>Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia.</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames (realizados nos últimos 4 anos):</p> <p>a. Laudo de exames de TC ou RM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou;</p> <p>b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave.</p> <p>Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .</p>	Não	2 anos

<b>M75.1</b>	<b>Síndrome do Manguito Rotador</b>	<p>Somente para os casos de rotura completa de tendões do manguito rotador comprovada por RM de ombro</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Médico do Trabalho descrevendo a lesão, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. Laudo de exame de RM ou US de ombro, realizado nos últimos 4 anos.</p> <p>Casos de pós-operatório com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar ou poderão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente .</p>	Não	2 anos
<b>M80</b>	<b>Osteoporose com fratura patológica</b>	<p>Somente com fratura patológica de:</p> <p>a. fêmur;</p> <p>b. úmero;</p> <p>c. rádio ou;</p> <p>d. 03 ou mais vértebras.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as alterações motoras sequelares e limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de densitometria óssea descrevendo osteoporose com T score &lt; -2,5 em coluna lombar ou femur; e</p> <p>b. Laudo de exame de RX, TC ou RM do segmento afetado pela fratura.</p>	Sim	2 anos
<b>M86</b>	<b>Osteomielite</b>	<p>Somente para ossos longos ou coluna vertebral.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Infectologista, descrevendo as alterações motoras, medicação utilizada, intervenções cirúrgicas e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX do segmento comprometido, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. Laudo de exame TC ou RM do segmento comprometido, realizado nos últimos 4 anos.</p> <p>3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de antimicrobiano com até 03 meses da emissão.</p> <p>Casos de osteomielite prévia com persistência de limitações poderão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.</p>	Não Sim: para paciente com idade menor que 18 anos	1 ano
<b>M87</b>	<b>Osteonecrose</b>	<p>Somente em grandes articulações (joelhos, quadris, tornozelos, cotovelos, ombros)</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista, Reumatologista ou Fisiatra descrevendo os membros comprometidos, a etiologia, as deformidades, o tratamento realizado e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX do segmento comprometido, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. Laudo de exame TC ou RM do segmento comprometido, realizado nos últimos 4 anos.</p>	Não	2 anos
<b>M88</b>	<b>Doença de Paget do osso (osteíte deformante)</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as alterações, segmentos afetados e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, TC ou RM de articulação que comprovem deformidade óssea, fratura de ossos longos com descrição de aumento do volume ósseo, espessamento da cortical, trabeculado grosseiro ou lesões líticas e escleróticas ou;</p> <p>b. Laudo de exame de TC ou RM de crânio ou ENMG que demonstre complicação neurológica causada pela doença de base com limitação funcional.</p>	Não	2 anos
<b>M91</b>	<b>Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve</b>	<p>Somente até 18 anos.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo as alterações, intervenções cirúrgicas e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado / atividades da vida diária;</p> <p>b. mobilidade.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, TC ou RM com a descrição de achatamento ou deformidade da cabeça femoral.</p> <p>Casos com persistência de limitações após os 18 anos deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.</p>	Sim	2 anos
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>				
CID	Requisitos		Acompanhante	Validade
<b>N18</b>	<b>Insuficiência Renal Crônica</b>	<p>1. Somente em tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal;</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento.</p>	Sim	2 anos
<b>Algumas afecções originadas no período Neonatal</b>				
CID	Requisitos		Acompanhante	Validade

<b>P14</b>	<b>Lesões ao nascer do sistema nervoso periférico</b>	Até 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo a lesão neurológica e a limitação motora. Após 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo a lesão neurológica, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2. Documentos / exames (facultativo): a. Laudo de ENMG compatível ou; b. Relatório funcional emitido por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.	Não: unilateral Sim: bilateral	2 anos
------------	---	--	-----------------------------------	--------

<b>Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>				
<b>CID</b>		<b>Requisitos</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>
<b>Q00</b>	<b>Anencefalia e malformações similares</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo a malformação, alterações neurológicas e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.	Sim	2 anos
<b>Q01</b>	<b>Encefalocele</b>	Somente para crianças com até 02 anos de idade. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista ou Pediatra descrevendo as alterações neurológicas existentes. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RM de crânio (facultativo). Casos de persistência das limitações após os 02 anos poderão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Sim	2 anos
<b>Q02</b>	<b>Microcefalia</b>	Até 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo perímetro cefálico abaixo de -2 desvios-padrão (Z-score) da tabela da OMS ou menor que o percentil 3% da tabela da OMS. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RM de crânio (facultativo). Após 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo as alterações neurológicas, atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades de vida diária. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RM de crânio	Sim	4 anos
<b>Q03</b>	<b>Hidrocefalia congênita</b>	Até 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo as alterações neurológicas existentes. 2. Documentos / exames: a. laudo de TC ou RM de crânio ou; b. laudo de USG transfontanela. Após 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo as sequelas motoras ou cognitivas, atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor, intervenções cirúrgicas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades de vida diária. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RM de crânio.	Sim	4 anos
<b>Q05</b>	<b>Espinha bífida</b>	Até 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Neuropediatra, Neurologista ou Pediatra descrevendo o tipo de espinha bífida, seu nível, existência de hidrocefalia associada e as intervenções cirúrgicas realizadas; 2. Documentos/exames (facultativos): a. laudo de TC ou RM de coluna ou; b. laudo de USG fetal. Após 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo as alterações neurológicas existentes, atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor e limitação para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades de vida diária. 2. Documentos/exames (facultativo): a. laudo de TC ou RM de coluna	Sim	4 anos

<b>Q65.0</b>	<b>Luxação congênita unilateral do quadril</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo as deformidades e as limitações motoras existentes. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM de quadril ou; b. laudo de exame de USG das articulações coxofemorais (para crianças de até 1 ano).	Não	2 anos
<b>Q65.1</b>	<b>Luxação congênita bilateral do quadril</b>	1. Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo as deformidades e as limitações motoras existentes. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM de quadril. b. laudo de exame de USG das articulações coxofemorais (para crianças de até 1 ano).	Não	2 anos
<b>Q66</b>	<b>Deformidades congênitas do pé</b>	Somente para deformidades com alteração grave de marcha. Até 04 anos de idade. 1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Pediatra descrevendo a deformidades apresentadas e o tratamento atual. 2. Documentos / exames (facultativo): a. Laudo de exame de RX de pés	Sim	2 anos
		Após 04 anos de idade. 1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo as deformidade apresentadas, as alterações motoras e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM de pés e/ou tornozelos;	Não	4 anos
<b>Q71</b>	<b>Defeitos, por redução, do membro superior.</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
<b>Q72</b>	<b>Defeitos, por redução, do membro inferior.</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
<b>Q74.0</b>	<b>Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cintura escapular.</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido.	Não	4 anos
<b>Q74.2</b>	<b>Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cintura pélvica.</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido.	Não	4 anos
<b>Q78.0</b>	<b>Osteogênese imperfecta</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo as alterações ósseas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RM descrevendo alterações ósseas compatíveis (osteopenia, múltiplas fraturas, osso curvo, coxa vara)	Sim	4 anos
<b>Q87.1</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo</b>	Somente para Síndrome de Aarskog, Cockayne, de Lange, de Dubowitz, Noonan, Prader-Willi, Robinow-Silverman-Smith, Russell-Silver, Seckel, Smith-Lemli-Opitz. 1. Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado; e. atividades da vida diária; f. convívio social.	Não Sim: quando déficit cognitivo	4 anos

<b>Q87.2</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros</b>	<p>Somente para Síndrome de Holt-Oram, Klippel-Trenaunay-Weber, Rótula em unha ou Rubinstein-Taybi, Sirenomelia, Trombocitopenia com ausência de rádio.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. comunicação;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. autocuidado;</p> <p>e. atividades da vida diária;</p> <p>f. convívio social.</p>	Não Sim: quando déficit cognitivo.	4 anos
<b>Q87.4</b>	<b>Síndrome de Marfan</b>	<p>Somente para casos com comprometimento motor grave</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Pediatra, Ortopedista ou Cardiologista descrevendo as malformações, alterações esqueléticas apresentadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. autocuidado;</p> <p>d. atividades da vida diária.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do segmento comprometido.</p>	Não	4 anos
<b>Q87.5</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas com outras alterações do esqueleto</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. comunicação;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. autocuidado;</p> <p>e. atividades da vida diária;</p> <p>f. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de RX, TC ou RM do segmento comprometido.</p>	Sim	4 anos
<b>Q90</b>	<b>Síndrome de Down</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. comunicação;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. autocuidado;</p> <p>e. atividades da vida diária;</p> <p>f. convívio social.</p> <p>2. Laudo de exame de cariótipo (facultativo).</p>	Sim	4 anos
<b>S14</b>	<b>Traumatismos de nervos e da medula espinhal ao nível cervical</b>	<p>Nos casos de lesão de raiz nervosa cervical ou plexo braquial:</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra ou Ortopedista descrevendo as lesões e as limitações para as seguintes atividade:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades de vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. Laudo de exame de ENMG compatível, realizado nos últimos 4 anos; ou</p> <p>b. Laudo de exame de RM de plexo braquial, realizada nos últimos 4 anos.</p> <p>Nos casos de lesão de medula cervical:</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra ou Ortopedista descrevendo a etiologia e as limitações para as seguintes atividade:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividades de vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. <u>Laudo de exame de TC ou RM de coluna cervical, realizados nos últimos 4 anos.</u></p>	Não: limitação unilateral Sim: limitação bilateral	4 anos
<b>S82.1</b>	<b>Fratura da extremidade proximal da tíbia</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, realizados nos últimos 12 meses.</p> <p>Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.</p>	Não	1 ano
<b>S82.2</b>	<b>Fratura da diáfise da tíbia</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo.</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, realizados nos últimos 12 meses</p> <p>Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.</p>	Não	1 ano

<b>S82.3</b>	<b>Fratura da extremidade distal da tíbia</b>	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo. 1. Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, realizados nos últimos 12 meses Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Não	1 ano
<b>S82.4</b>	<b>Fratura do perônio (fíbula)</b>	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo. 1. Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, realizados nos últimos 12 meses Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Não	1 ano
<b>S82.7</b>	<b>Fraturas múltiplas da perna</b>	Somente quando realizado procedimento cirúrgico, em uso atual de fixador externo. 1. Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, realizados nos últimos 12 meses Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Não	1 ano
<b>Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.</b>				
<b>CID</b>		<b>Requisitos</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>
<b>T02.1 T02.4 T02.5 T02.6 T02.7</b>	<b>Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo</b>	Somente até 1 ano após o trauma. 1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do segmento afetado; ou b. resumo de alta hospitalar.  Casos de persistência de limitações decorrentes de traumas prévios deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Não	1 ano
<b>T04.4 T04.7</b>	<b>Traumatismos por esmagamento envolvendo múltiplas regiões do corpo</b>	Somente até 1 ano após o trauma. 1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do segmento afetado; ou b. resumo de alta hospitalar.  Casos de persistência de limitações decorrentes de traumas prévios deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Não	1 ano
<b>T05</b>	<b>Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo</b>	<b>1. Somente para amputação de braço, antebraço, perna e coxa.</b> 2. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM dos membros afetados ou; b. resumo de alta hospitalar.	Sim	4 anos
<b>T11.6</b>	<b>Amputação traumática de membro superior, nível não especificado.</b>	1. Somente para amputação completa de 3 ou mais quirodáctilos ou amputação de 1° e/ou 2° quirodáctilos, se houver perda de função de pinça. 2. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
<b>T13.6</b>	<b>Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado.</b>	1. Somente para amputação completa de 3 ou mais pododáctilos ou amputação completa de hálux. 2. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos

<b>T20.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau da cabeça e do pescoço</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T20.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau da cabeça e do pescoço</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a.resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T21.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau do tronco</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T21.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau do tronco</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T22.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau do ombro e de membro superior, exceto punho e mão.</b>	<p>Somente para queimadura de 3o grau</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T22.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau do ombro e de membro superior, exceto punho e mão.</b>	<p>Somente para queimadura de 3o grau</p> <p>1. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>2. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a.resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T23.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau do punho e da mão.</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a.resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos

<b>T23.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau do punho e da mão.</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T24.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé.</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T24.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé.</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T25.3</b>	<b>Queimadura de terceiro grau do tornozelo e do pé</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T25.7</b>	<b>Corrosão de terceiro grau do tornozelo e do pé</b>	<p>1. Somente para queimadura de 3º grau</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária e</p> <p>c. convívio social.</p> <p>3. Documentos / exames (facultativo):</p> <p>a. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T84</b>	<b>Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo segmento afetado, o tipo de complicação e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX do segmento afetado, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou RM do segmento afetado, realizado nos últimos 4 anos; ou</p> <p>c. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	2 anos
<b>T87</b>	<b>Complicações próprias de reimplante e amputação</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo segmento afetado, o tipo de complicação e as limitações para as seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. autocuidado / atividade de vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX do segmento afetado, realizado nos últimos 12 meses; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou RM do segmento afetado, realizado nos últimos 4 anos; ou</p> <p>c. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos

<b>T90.5</b>	<b>Sequela de traumatismo intracraniano</b>	<p>1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de TC de crânio; ou b. laudo de exame de RM de crânio.</p> <p>3. Em casos de sequela cognitiva: a. Cópia de resultado de Mini-Mental; ou b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica.</p> <p>4. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.</p>	Não  Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores) ou déficit cognitivo.	2 anos
<b>T92.6</b>	<b>Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro superior</b>	<p>1. Somente para amputação completa de 3 ou mais quirodáctilos ou amputação de 1° e/ou 2° quirodáctilos, se houver perda de função de pinça.</p> <p>2. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos
<b>T93.1</b>	<b>Sequela de fratura de fêmur</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo encurtamento de membro e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de Escanometria com diferença de comprimento entre membros <math>\geq</math> 3cm.</p>	Não	4 anos
<b>T93.6</b>	<b>Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro inferior</b>	<p>1. Somente para amputação completa de 3 ou mais pododáctilos ou amputação completa de hálux.</p> <p>2. Formulário de Solicitação emitido descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do membro afetado; ou b. resumo de alta hospitalar.</p>	Não	4 anos

<b>Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde</b>				
<b>CID</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>	
<b>Z89</b>	<b>Ausência adquirida de membros</b>	<p>Em membros superiores: exceto casos de amputação de até 2 quirodáctilos e sem perda de função de pinça</p> <p>Em membros inferiores: exceto para casos de amputação de até 2 pododáctilos.</p> <p>1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.</p>	Não  Sim: para amputação de ambos os membros inferiores acima do nível transtetársico.	4 anos
<b>Z 93.0</b>	<b>Traqueostomia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.</p>	Não	2 anos
<b>Z 93.1</b>	<b>Gastrostomia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.</p>	Não	2 anos
<b>Z 93.2</b>	<b>Ileostomia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.</p>	Não	2 anos
<b>Z 93.3</b>	<b>Colostomia</b>	<p>1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.</p>	Não	2 anos

<b>Z 93.4</b>	<b>Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
<b>Z 93.5</b>	<b>Cistostomia</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
<b>Z 93.6</b>	<b>Outros Orifícios artificiais do aparelho urinário: nefrostomia, ureterostomia, uretostomia</b>	1. Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente; e b. CID da doença de base.	Não	2 anos

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR</b>	
<i>MRC - MEDICAL RESEARCH COUNCIL</i>	
0	<b>Não se percebe nenhuma contração.</b>
1	<b>Traço de contração, sem produção do movimento.</b>
2	<b>Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade.</b>
3	<b>Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional.</b>
4	<b>Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade.</b>
5	<b>É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior.</b>