

INSTRUÇÃO NORMATIVA IPE SAÚDE nº 03, de 10 de maio de 2021.

Institui o Manual de Regras de Auditoria do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul – IPE Saúde.

O DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO SUL - IPE Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo inciso VIII do art. 11 da Lei nº 15.144 c/c art. 5º da Lei Complementar nº 15.145, ambas de 5 de abril de 2018,

RESOLVE:

Art. 1º Esta Instrução Normativa institui o Manual de Regras de Auditoria do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul - IPE Saúde, disposto no Anexo Único desta Instrução Normativa, como ferramenta complementar de consulta e orientação aos Peritos e Auditores Médicos do IPE Saúde acerca da uniformização dos procedimentos e critérios específicos para fins de indicação de cobertura e autorização de procedimentos, conforme Tabela de Cobertura do Instituto.

Parágrafo único. O Manual de Regras de Auditoria do IPE Saúde é de observância obrigatória pelos Peritos e Auditores Médicos do Instituto e pelos prestadores credenciados.

Art. 2º Caberá à Diretoria de Provimento de Saúde, por intermédio da Gerência de Regulação, propor a atualização do Manual de Auditoria ao Diretor-Presidente do Instituto, sempre que houver inclusões de honorários no rol de cobertura, assim como eventuais alterações nos critérios de indicação de cobertura e autorização de procedimentos.

Art. 3º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

Júlio César Viero Ruivo,
Diretor-Presidente do IPE Saúde.



ANEXO ÚNICO

**MANUAL DE
REGRAS DE AUDITORIA DO
IPE SAÚDE**

25/01/2021



DIRETORIA EXECUTIVA DO IPE SAÚDE

Diretor-Presidente

Marcus Vinicius de Vieira de Almeida

Diretor de Provimento de Saúde

Antonio Quinto Neto

Diretor de Relacionamento com os Segurados

Paulo Ricardo Gnoatto

Diretor Administrativo Financeiro

Vladimir Dal Bem da Rocha

Colaboradores

Fabiano Danyluk

Fabíola Castilhos

Michelle Ilse

Mirna Machado

Karen Vieira

Renata Farinon

Rita Frias

Regina Michel

Vinícius Oliveira

Ilse Valli Tondo

1ª. Edição - Porto Alegre, agosto de 2020.

ÍNDICE

Apresentação

PARTE I - Procedimentos Cirúrgicos

- 1) Cirurgia de Mama por Neoplasia e Trauma
- 2) Hipertrofia Mamária
- 3) Ginecomastia (ou Gigantomastia - Homens)
- 4) Laparotomia
- 5) Gastrostomia aberta/endoscópica e Sonda Naso-Enteral
- 6) Esterilização Feminina e Masculina
- 7) Gastroplastia para Obesidade Mórbida (Cirurgia Bariátrica)
- 8) Dermolipectomia
- 9) Diastáse de reto-abdominais
- 10) Tratamento Cirúrgico do Linfedema

PARTE II - Procedimentos Invasivos não cirúrgicos - Diagnósticos e Terapêuticos

- 1) Tratamento Endoscópico de Cálculos Renais

PARTE III - Exames

- 1) Pet dedicado oncológico (PET-CT)

PARTE IV - Aplicações/Sessões

- 1) Oxigenoterapia Hiperbárica



PARTE I - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

1) Cirurgia de Mama por Neoplasia e Trauma

CIRURGIA DE MAMA POR NEOPLASIA E TRAUMA	1ª. Versão	Data: 03/ago/2020
--	-------------------	--------------------------

1.1) Código e Nomenclatura

Código	Procedimento
30602130	Linfadenectomia axilar
30602149	Mastectomia radical ou radical modificada - qualquer técnica
30602157	Mastectomia simples
30602190	Quadrantectomia e linfadenectomia axilar
30602203	Quadrantectomia - ressecção segmentar
30602211	Reconstrução da placa areolo mamilar - unilateral
30602238	Reconstrução mamária com retalho muscular ou miocutâneo
30602246	Reconstrução mamária com retalhos cutâneos regionais
30602262	Reconstrução da mama com prótese e/ou expansor
30602289	Ressecção do linfonodo sentinela / torácica lateral

Tabela 1: Códigos cobertos pelo IPESAÚDE específicos para acometimento neoplásico e trauma da mama

1.2) Indicações de Cobertura

1.2.1) Mastectomia:

- a) Tratamento de neoplasia maligna da mama;
- b) Exame genético com indicação de probabilidade de desenvolver câncer de mama (conforme diretrizes de utilização do Ministério da Saúde).
- c) Acometimento da mama oposta em paciente com câncer em uma mama.

1.2.2) Plásticas mamárias, associadas ou não ao uso de prótese e/ou expansores para reconstrução mamária:

- a) Diagnóstico de câncer de mama;
- b) Probabilidade de desenvolver câncer de mama de acordo com exame genético;
- c) Lesões traumáticas e tumores em geral (quando a retirada deste mutilar a mama).

1.2.3) Quadrantectomias

a) Quadrantectomia e linfadenectomia axilar (30602190) - somente para câncer.

b) Quadrantectomia/ressecção segmentar (30602203) - pode ser indicado para lesão palpável com exames de imagem sugestivo de malignidade; além de casos de confirmação maligna por citológico/AP; bem como para ampliação de margens.

1.2.4) Cirurgia de reconstrução mamária/areolar liberada para tratamento posterior ao de ressecção mamária por:

a) câncer

b) casos de trauma.

Nota: Quando empregada técnica com uso de retalho, a descrição cirúrgica deve detalhar o tipo de retalho (cutâneo, muscular..) na descrição cirúrgica, descrevendo as incisões/local de retirada.

1.2.5) Ressecção do linfonodo sentinela (30602289): somente para casos de câncer de mama. Quando o exame de congelação do linfonodo sentinela acusar metástase, o código 30602289 poderá ser conjugado com linfadenectomia axilar.

1.3) Autorização

1.3.1) A execução da cirurgia de mama exige autorização prévia

1.3.2) A autorização de cirurgia de mama por neoplasia e trauma demanda análise prévia de auditoria médica, através do envio por meio eletrônico, pelo prestador, da documentação completa (todos os documentos necessários e agrupados em anexo único), em PDF.

1.3.3) O médico credenciado deve solicitar a liberação do procedimento em formulário próprio contendo o seguinte:

- a) Descrição das lesões a serem abordadas (palpável ou não, tamanho da lesão e sua proporção ao volume da mama, localização em mama direita e/ou esquerda, localização em quadrante);
- b) Código de todos os procedimentos a serem executados no mesmo ato cirúrgico, explicitando a qual mama se refere,
- c) Laudos de exames de imagem (mamografia/ultrassom) evidenciando as lesões descritas;

- d) Citopatológico/anatomopatológico comprovando malignidade;
- e) Descrição de tratamento prévio local (mastectomia parcial ou total, radioterapia) e/ou tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) realizado para o câncer.

Notas:

1-Tratando-se de Perícia Documental, é imprescindível que a solicitação seja acompanhada da documentação completa e agrupada, totalmente legível e sem cortes.

2- O canal eletrônico de perícia documental destina-se exclusivamente a este fim. É um meio de comunicação para troca de informação técnica entre o médico assistente e os médicos peritos-audidores do IPESAÚDE, via prestador.

3- A conclusão do parecer pericial é referente aos códigos solicitados, e, sua resposta é registrada no sistema.

2) Hipertrofia Mamária (Mulheres)

2.1) Código e Nomenclatura

Código	Nomenclatura
30602122	Hipertrofia Mamária

2.2) Indicações com Cobertura

2.2.1) Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, apresentando, obrigatoriamente, afundamento da musculatura supra-clavicular (degrau da musculatura - sulco de pressão do soutien nos ombros devido ao peso mamário), que apresentem:

2.2.1.1) patologias da coluna decorrentes do aumento de volume das mamas;

2.2.1.2) uma das seguintes alterações funcionais:

a) Intertrigo crônico ou dermatite recorrente nas mamas ou tórax;

b) Sintomas neurológicos associados à compressão de plexo braquial dos MSs, que deve estar associado a pelo menos quatro (4) dos seguintes critérios:

1) Distância intermamilar (DI) maior que 35cm.
2) Distância mamilo umbigo (DUM) menor que 25cm.
3) Circunferência mamária (CM) maior que 55cm.
4) Circunferência torácica (CT) maior que 110cm.
5) Distância ombros a mamilos (DOM) maior que 30cm.

Nota 1: Valores limítrofes e *borderline* não serão aceitos como critérios de autorização.

Nota 2: Pacientes que não preencherem os critérios acima não terão cobertura para a cirurgia, mesmo que outros fatores possam estar associados, como por exemplo, status psicológico.

2.3) Autorização do Procedimento

A autorização do procedimento exige:

2.3.1) comparecimento presencial da beneficiária para avaliação de auditoria médica prévia, para exame físico, portando documento de identidade com foto e carteirinha do IPESAÚDE;

2.3.2) apresentação da solicitação de autorização preenchida pelo médico assistente credenciado, contendo a descrição do tratamento conservador já realizado (perda de peso, uso de soutien adequado, fisioterapia ou atividade física).

2.3.3) apresentação de exames de imagem com laudo comprovando patologias da coluna decorrentes do aumento de volume das mamas;

2.3.4) parecer ortopédico e/ou neurológico atestando comprometimento do plexo braquial de MS

3) Ginecomastia (ou Gigantomastia - Homens)

3.1) Código e Nomenclatura

Código	Nomenclatura
306021114	Ginecomastia (unilateral)

3.2) Indicações com Cobertura

2.2.1) Tratamento Cirúrgico da Gigantomastia:

- a) Adolescente com ginecomastia que não regrediu após 2 anos, ou quando paciente completar 17 anos;
- b) Suspeita de anormalidade endocrinológica como gonadismo (atrofia testicular, diminuição de massa muscular, pelos faciais ou no corpo)

3.3) Autorização do Procedimento

3.3.1) A autorização demanda análise prévia de auditoria médica, através do envio por meio eletrônico, pelo prestador, de toda a documentação agrupada em anexo único, em PDF.

3.3.2) O médico credenciado deve solicitar a autorização para o procedimento com um laudo que inclua:

- a) Intenção de abordagem cirúrgica (uni ou bilateral);
- b) Evolução;
- c) Resultados de exames laboratoriais;
- d) Resultados de exames de imagem evidenciando tecido mamário;
- e) Comorbidades que justifiquem ginecomastia (cirrose, hipertireoidismo);
- f) Medicamentos em uso.

4) Laparotomia Exploradora

LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1ª. Versão	Data: 31/jul/2020
--------------------------------	-------------------	------------------------------------

4.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura
31009174	Laparotomia Exploradora
31009352	Laparotomia Exploradora por Videolaparoscopia

4.2) Indicações com Cobertura

Intervenções abdominais eletivas ou de urgência, diagnósticas ou terapêuticas (ex: biópsias; drenagem de abscesso; liberação de bridas em vigência de oclusão).

4.3) Autorização

Via de solicitação pela central de autorizações.

Os códigos 31009174 (Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão) e o 31009352 (Laparotomia exploradora, ou para biópsia, ou para drenagem de abscesso, ou para liberação de bridas em vigência de oclusão por videolaparoscopia) somente poderão ser cobrados quando realizados isoladamente, ou seja, sem associação com outro procedimento pela mesma via. O acesso ao órgão a ser abordado, por meio da laparotomia e da lise de aderências, é tempo cirúrgico do procedimento principal. Quando se realiza a laparotomia para diagnóstico e, confirmando-se uma patologia de tratamento cirúrgico, procede-se a ele, a remuneração da laparotomia diagnóstica (exploradora) está incluída no procedimento cirúrgico principal.

No caso da necessidade de conversão de uma cirurgia iniciada por via laparoscópica para via aberta, a remuneração dos honorários do realizado dar-se-á pela via aberta.

5) Gastrostomia aberta/endoscópica e sonda naso-enteral

GASTROSTOMIA/ NASO ENTERAL	1 ^a Versão	Data: 10/08/20
-------------------------------	--------------------------	-------------------

5.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento
31002056	gastrostomia confecção/ fechamento
40202283	gastrostomia endoscópica
31003206	colocação de sonda enteral
40202534	Passagem de sonda naso-enteral

5.2) Indicações com Cobertura

- 5.2.1) (31002056) gastrostomia confecção/fechamento - para quando for realizada a gastrostomia cirúrgica, podendo também ser empregado este código para desfazer a gastrostomia (fechamento)
- 5.2.2) (40202283) gastrostomia endoscópica - para quando for realizada a gastrostomia (criação do trajeto fistuloso entre cavidade gástrica e meio externo) por via endoscópica
- 5.2.3) (31003206) colocação de sonda enteral - para quando for realizada troca ou recolocação de sonda de gastrostomia ou jejunostomia/colocação de *button*, por via exclusivamente externa (pela parede abdominal);
- 5.2.4) (40202534) Passagem de sonda naso-enteral - para quando realizada troca ou recolocação de sonda de gastrostomia ou jejunostomia por via endoscópica.

5.3) Autorização

Via solicitação pela central de autorizações.

6) Esterilização Feminina e Masculina

CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA E MASCULINA	1ª. Versão	Data: 12/08/2020
--	------------	------------------

6.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura
3.12.05.04-6	Vasectomia unilateral
3.13.04.01-0	Cirurgia esterilizadora feminina
3.13.04.05-2	Cirurgia esterilizadora feminina laparoscópica

6.2) Indicações com Cobertura¹

6.2.1) A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária e vasectomia tem **cobertura** obrigatória em casos de:

- a) Homens e mulheres com capacidade civil plena;
- b) Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c) Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d) Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- e) Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- f) Em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura

dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;

Nota: O prestador/solicitante deve fazer notificação compulsória de toda esterilização cirúrgica à direção do Sistema Único de Saúde.

6.2.2) É vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- a) A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b) A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c) Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

6.3) Autorização

6.3.1) Será efetuada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Documento de identificação do paciente (comprovar idade);
- b) Documentos de identificação dos filhos (se pertinente);
- c) Termo de consentimento preenchido, assinado e datado - com intervalo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações, assim como aceite do cônjuge (se pertinente);

TERMO PARA LAQUEADURA (anexo 1)

TERMO PARA VASECTOMIA (anexo 2)

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Laqueadura Tubária

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente, ou LAQUEADURA TUBÁRIA. Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetida à laqueadura tubária. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, da Constituição Federal (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Estou ciente de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por meu parceiro. Antes da operação, foi-me informado que: Existem outras formas para evitar gestações sem causar interrupção permanente da fertilidade tais como: camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, coito interrompido e tabela. Também me foi explicado que meu parceiro poderia realizar a vasectomia como método contraceptivo permanente. A laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização feminina. Geralmente é realizada por meio de mini-laparotomia, isto é, pequena incisão cirúrgica abdominal transversa, que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel. Outras técnicas podem ser utilizadas, e serão esplanadas, porém é vetado esterilização cirúrgica por histerectomia ou ooforectomia. O procedimento costuma ser realizado sob anestesia raquidiana ou geral, porém outras formas de anestesia podem ser utilizadas se a condição clínica da paciente ou técnica cirúrgica demandar. A cirurgia tem riscos operatórios e pós-operatórios. As complicações (raras) que podem ocorrer são: infecção e sangramento no local da incisão ou intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, reação alérgica ao anestésico e embolia pulmonar. Os métodos contraceptivos podem falhar (risco de 0,5 a 1,0%) e, mesmo após a laqueadura, a mulher pode apresentar gravidez ectópica, devendo procurar atendimento se houver qualquer suspeita de gravidez. É vedada esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de cesarianas sucessivas anteriores. A laqueadura tubária é considerada um método permanente de interrupção da fertilidade e cerca de 10% a 20% das mulheres se arrependem de não poder gestar após o procedimento. A cirurgia para reversão de laqueadura é um procedimento caro e que apresenta baixa chance de retornar a fertilidade.

Nome do paciente: _____ Assinatura da paciente _____

Nome do cônjuge: _____ Assinatura do cônjuge _____

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente _____

Observação: Preenchimento completo deste termo em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Vasectomia

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA. Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, da Constituição Federal (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia. Estou ciente de que, na vigência de sociedade conjugal, o consentimento deve ser fornecido por mim e por minha parceira. Antes da operação, foi-me informado que: A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos. As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico. A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual) e não previne a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Existe cirurgia para reversão da vasectomia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa. Existem outras formas para evitar gestações que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade tais como: camisinha, DIU, pílulas anticoncepcionais, coito interrompido e tabela. Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez. Por isso, o retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia). O espermograma será realizado após 3 meses do procedimento ou após o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital.

Nome do paciente: _____ Assinatura do paciente _____

Nome do cônjuge: _____ Assinatura do cônjuge _____

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente _____

Observação: Preenchimento completo deste termo em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira deverá ser levada pelo paciente para ser entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

7) Gastroplastia para Obesidade Mórbida (Cirurgia Bariátrica)

Gastroplastia para obesidade mórbida	1ª. Versão	Data: setembro/2019
--------------------------------------	------------	---------------------

1. CÓDIGO E NOMENCLATURA

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento
31002218	Gastroplastia para obesidade mórbida - qualquer técnica
31002390	Gastroplastia para obesidade mórbida por videolaparoscopia

Tabela 1: códigos cobertos pelo IPESAÚDE

2. INDICAÇÕES COM COBERTURA

2.1 INDICAÇÕES COM COBERTURA PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA

Para ser elegível para a cirurgia bariátrica, o beneficiário deve preencher e comprovar ter os critérios de inclusão e, obrigatoriamente, comprovar não ter nenhuma das contra-indicações, todos abaixo relacionados:

A. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A.1. Quanto ao índice de massa corpórea (IMC):

. Ter IMC maior ou igual a 40 Kg/m² e, obrigatoriamente, sem as contra-indicações relacionadas no item B

OU

. Ter IMC entre 35 e 39,9 Kg/m² e, obrigatoriamente, com comorbidades (relatadas no item C) e sem as contra-indicações (relacionadas no item B)

A.2. Quanto à tentativa de perda de peso prévia por método não cirúrgico:

. Tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos.

A.3. Quanto à idade:

. Ter idade entre 18 anos completos e 70 anos completos.

OU

. Ter entre 16 anos completos e 18 anos incompletos, desde que haja a concordância dos pais ou responsáveis legais, e, obrigatoriamente, comprovação da consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos

B. CONTRA-INDICAÇÕES

B.1. Uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.

B.2. Transtorno de humor grave, quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

B.3. Incompreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo, e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar à longo prazo.

B.4. Risco anestésico-cirúrgico incompatível com o procedimento cirúrgico proposto.

C.COMORBIDADES

Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m² devem comprovar ter alguma destas comorbidades:

- . Apneia do sono
- . Hérnias discais
- . Hipertensão arterial sistêmica em tratamento medicamentoso
- . Diabetes mellitus em tratamento medicamentoso
- . Dislipidemia em tratamento medicamentoso
- . Doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva

2.2 INDICAÇÕES COM COBERTURA PARA A CIRURGIA METABÓLICA

Para ser elegível para a cirurgia metabólica, o beneficiário deve preencher e comprovar ter todos os critérios de inclusão e, obrigatoriamente, comprovar não ter nenhuma das contra-indicações abaixo relacionados:

A.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A.1. Quanto ao índice de massa corpórea (IMC):

Ter índice de massa corpórea (IMC) entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²;

A.2. Quanto à diabetes

- Ser portador de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com diagnóstico definido a menos de 10 anos;
- Apresentar refratariedade ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis;

A.3. Quanto à tentativa de perda de peso prévia por método não cirúrgico:

. Tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos, a despeito de mudanças no estilo de vida do paciente.

A.4. Quanto à idade:

. Ter idade mínima de 30 anos e máxima de 70 anos.

B. CONTRA-INDICAÇÕES

B.1. Uso de drogas ilícitas ou alcoolismo.

B.2. Transtorno de humor grave, quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados.

B.3. Incompreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo, e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar à longo prazo.

B.4. Risco anestésico-cirúrgico incompatível com o procedimento cirúrgico proposto

3. AUTORIZAÇÕES

3.1 AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA BARIÁTRIA

Uma vez indicada a cirurgia e o paciente encontrando-se dentro dos critérios, o paciente deve:

- portando o formulário médico de solicitação do procedimento cirúrgico a ser realizado, mais TODOS os documentos comprobatórios requisitados listados a seguir, comparecer pessoalmente ao IPERGS, à fim de realizar perícia médica, no caso de preferir fazer a comprovação do IMC na sede do IPERGS (perícia presencial, com aferição do IMC e apresentação dos documentos simultâneas);

OU

- comparecer pessoalmente a um posto do IPERGS do interior, à fim de fazer a comprovação do IMC por um funcionário local do IPESAÚDE, o qual emitirá um atestado do IMC aferido. Este atestado, juntamente com todos os documentos comprobatórios listados a seguir, devem então ser enviados, por via eletrônica, pelo prestador, para perícia documental do IPESAÚDE.

3.1.1. Para pacientes com IMC maior ou igual a 40 Kg/m²

Lista de documentos a serem apresentados:

- . Comprovação do IMC (medição feita por funcionário do IPESAÚDE)
- . Relatório médico emitido por dois endocrinologistas, atestando tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos, constando, inclusive, os dados antropométricos atualizados (IMC).
- . Laudo psiquiátrico comprovando:
 - .. abstinência de drogas ilícitas e de alcoolismo por pelo menos nos últimos 5 anos;
 - .. ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos e demenciais.
- . Laudo psicológico comprovando a capacidade de compreensão do paciente e sua estrutura social para lidar com as repercussões da cirurgia.
- . Risco anestésico-cirúrgico emitido pelo anestesista.
- . Se tiver idade entre 16 anos completos e 18 anos incompletos:
 - .. documento de autorização dos pais ou responsáveis legais, registrado em cartório.
 - .. comprovação da consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos, através de exame de imagem, com laudo médico emitido pelo radiologista.

3.1.2. Para pacientes com IMC entre 35 e 39,9 kg/m²

Lista de documentos a serem apresentados:

- . Comprovação do IMC (medição feita por funcionário do IPESAÚDE)
- . Relatório médico emitido por dois endocrinologistas, atestando tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos, dois anos, constando, inclusive, os dados antropométricos atualizados (IMC).
- . Laudo psiquiátrico comprovando:
 - .. abstinência de drogas ilícitas e de alcoolismo por pelo menos nos últimos 5 anos;
 - .. ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos e demenciais.

- . Laudo psicológico comprovando a capacidade de compreensão do paciente e sua estrutura social para lidar com as repercussões da cirurgia.
- . Risco anestésico-cirúrgico emitido pelo anestesista.
- . Ter algumas das comorbidades abaixo:
 - .. Apneia do sono - comprovada por polissonografia;
 - .. Hérnias discais - comprovada por exame de imagem e laudo radiológico;
 - .. Hipertensão arterial sistêmica em tratamento medicamentoso - comprovadas por relatório clínico;
 - .. Diabetes mellitus em tratamento medicamentoso - comprovadas por relatório clínico;
 - .. Dislipidemia em tratamento medicamentoso - comprovadas por relatório clínico;
 - .. Doença arterial coronariana, infarto do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca congestiva - comprovadas por relatório clínico.
- . Se tiver idade entre 16 anos completos e 18 anos incompletos:
 - .. documento de autorização dos pais ou responsáveis legais, registrado em cartório.
 - .. comprovação da consolidação das cartilagens das epífises de crescimento dos punhos, através de exame de imagem, com laudo médico emitido pelo radiologista.

3.2 AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA METABÓLICA

Uma vez indicada a cirurgia e o paciente encontrando-se dentro dos critérios, o paciente deve:

- portando o formulário médico de solicitação do procedimento cirúrgico a ser realizado, mais TODOS os documentos comprobatórios requisitados listados a seguir, comparecer pessoalmente ao IPERGS, à fim de realizar perícia médica, no caso de preferir fazer a comprovação do IMC na sede do IPERGS (perícia presencial, com aferição do IMC e apresentação dos documentos simultâneas);

OU

- comparecer pessoalmente a um posto do IPERGS do interior, à fim de fazer a comprovação do IMC por um funcionário local do IPESAÚDE, o qual emitirá um atestado do IMC aferido. Este atestado, juntamente com todos os documentos comprobatórios listados a seguir, devem então ser enviados, por via eletrônica, pelo prestador, para perícia documental do IPESAÚDE.

Lista de documentos a serem apresentados:

- . Comprovação do IMC (medição feita por funcionário do IPESAÚDE) entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m²;
- . Relatório médico emitido por dois endocrinologistas, atestando:
 - .. Ser portador de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) com diagnóstico definido a menos de 10 anos;
 - .. Refratariedade ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis, além de mudanças no estilo de vida do paciente
- . Laudo psiquiátrico comprovando:
 - .. abstinência de drogas ilícitas e de alcoolismo por pelo menos nos últimos 5 anos;
 - .. ausência de transtorno de humor grave, quadros psicóticos e demenciais.
- . Laudo psicológico comprovando a capacidade de compreensão do paciente e sua estrutura social para lidar com as repercussões da cirurgia.
- . Risco anestésico-cirúrgico emitido pelo anestesista.

8) Dermolipectomia

DERMOLIPECTOMIA	1ª Versão	Data: 10/08/20
-----------------	-----------	----------------

8.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento	Valor (R\$)
30101271	Dermolipectomia para correção de abdome em avental	268,82

8.2) Indicações com Cobertura

Cobertura para casos de pacientes com abdome em avental, decorrente de tratamento para obesidade mórbida (clínico ou cirúrgico), cuja pele se projete sobre a sínfise púbica, e cuja perda de peso represente ao menos 75% do excesso pré-tratamento, a uma ou mais das seguintes complicações:

- . incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna;
- . candidíase de repetição;
- . infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito;
- . odor fétido.

8.3) Autorização

Mediante perícia presencial, sendo necessário:

- exame físico;
- apresentação de relatório do endocrinologista e do nutricionista quantificando perda de peso e informando a respeito da estabilização do mesmo nos últimos 6 meses.

9) Diastase dos retos-abdominais

DIASTASE DOS RETOS- ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRÚRGICO	1ª Versão	Data: 10/08/20
---	-----------	-------------------

9.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento	Valor (R\$)
310090506	Diástase dos retos-abdominais - tratamento cirúrgico	201,64

9.2) Indicações com Cobertura

Cobertura para casos de paciente com distância interretal superior a 3,0 cm, com protusão central, sintomática (dor, grande abaulamento), refratária a tratamento conservador.

Não coberto em caso de pacientes puérperas devido a probabilidade de resolução clínica.

9.3) Autorização

Mediante perícia presencial, para:

- exame físico;
- apresentação de relatório clínico informando sobre tratamento conservador prévio e, no caso de mulheres, data do último parto ou aborto;
- e, caso tenha realizado, ecografia de parede abdominal.

10) Tratamento Cirúrgico do Linfedema

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA	1 ^a Versão	Data: 15/08/20
--------------------------------------	--------------------------	-------------------

10.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento	Valor
3.01.0114-0	Correção cirúrgica de linfedema (por estágio)	R\$ 302,41
3.09.1413-2	Linfedema - ressecção parcial	R\$ 302,41
3.09.1409-4	Linfedema - ressecção total	R\$ 470,48
3.09.1410-8	Linfedema genital – ressecção	R\$ 403,29
3.07.2931-9	Tratamento cirúrgico de linfedema ao nível do pé	R\$ 336,01

10.2) Indicações com Cobertura

São elegíveis para cobertura pelo IPE SAÚDE pacientes com 18 anos ou mais portadores de Linfedema de membros, com falha no tratamento clínico, apresentando:

A) Diferença maior de 2 cm entre o membro afetado e o contralateral, ferido nas seguintes localizações:

- Membros superiores:
 - articulações metacarpo-falângicas (se edemaciadas)
 - pulsos
 - 10 cm acima do olécrano
 - 10 cm abaixo do olécrano
- Membros inferiores:
 - articulações metatarsofalângicas (se edemaciadas)
 - 2 cm acima do maléolo medial
 - 10 cm acima do polo superior da patela
 - 10 cm abaixo do polo inferior da patela.

B) Em associação a pelo menos uma das seguintes características/condições associadas:

- presença de malformações primárias localizadas, adequadamente comprovada através de exames complementares;
- celulite recorrente;
- limitação funcional;
- deformidade, dor e/ou redução da qualidade de vida.

C) Sendo necessariamente excluídos os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Insuficiência venosa crônica e/ou trombose venosa profunda através de ecodoppler de membros superiores e/ou inferiores (obrigatório);
- excesso de pele secundário a flacidez pós-emagrecimento espontâneo e/ou após cirurgia bariátrica;
- edema secundário a condições sistêmicas como insuficiência cardíaca, mixedema, insuficiência renal ou outras;
- Linfedema peno-escrotal, no qual o tratamento cirúrgico é o procedimento de escolha.

10.3) Autorização

Mediante perícia presencial obrigatória portando:

- ecodoppler venoso de membros superiores e/ou inferiores para os pacientes portadores de linfedema de membros;
- relatório médico com descrição dos procedimentos conservadores já realizados;
- todos os demais exames realizados referentes a este diagnóstico e/ou procedimento cirúrgico solicitado.

**PARTE II - PROCEDIMENTOS INVASIVOS NÃO CIRÚRGICOS -
DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS**

1) Tratamento Endoscópico de Cálculos Urinários

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	1ª. Versão	Data: 29/jul/2020
---	-------------------	--------------------------

1.1) Código e Nomenclatura

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento
3110157-7	nefrolitotripsia percutânea unilateral a laser
3110236-0	ureterorrenolitotripsia flexível unilateral
3110244-1	ureterotomia interna ureteroscópica flexível unilateral
3110256-5	ureterorrenolitotripsia rígida unilateral a laser

1.2) Indicações com Cobertura

1.2.1) Cálculos ureterais a partir de 6mm.

1.2.2) Cálculos ureterais menores que 6mm sem resolução ao tratamento clínico expectante por 4 semanas ou alguma condição que indique necessidade de intervenção precoce (pielonefrite, dilatação grave, perda de função renal ou dor intratável).

1.2.3) Cálculos renais: cirurgia dependerá do tamanho ou localização (cálculos menores que 20mm com condições desfavoráveis para litotripsia extracorpórea = ureterorrenolitotripsia; cálculos a partir de 20mm = nefrolitotripsia percutânea).

1.3) Autorização

A liberação do procedimento exige autorização prévia, através da apresentação de:

1.3.1) Laudo de solicitação do procedimento pelo médico assistente credenciado

1.3.2) junto com exames de imagens (ecografia, raio-x de abdome simples e/ou tomografia computadorizada de abdome total)

PARTE III - EXAMES

1) Pet Dedicado Oncológico (PET-CT)

PET-CT	1ª. Versão	Data: 04/10/20
--------	------------	----------------

2. CÓDIGO E NOMENCLATURA DO PROCEDIMENTO

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento
40708128	PET DEDICADO ONCOLÓGICO

2. INDICAÇÕES COM COBERTURA

O exame de PET-CT será autorizado com base nos critérios técnicos determinados na portaria 13/2014 do IPE, que são:

2.1) CÂNCER PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS

Pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. para caracterização das lesões;
- b. no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
- c. na detecção de recorrências.

2.2) NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO

Avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:

- a. ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
- b. nódulo maior que um centímetro;
- c. não espiculados;
- d. sem calcificações.

2.3) LINFOMA

Pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. no estadiamento primário;
- b. na avaliação da resposta terapêutica;
- c. no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin.

2.4) CÂNCER COLORRETAL

Pacientes portadores de câncer colorretal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
- b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
- c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.

2.5) CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO

Diagnóstico do câncer de mama metastático quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.

2.6) CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:

- a. presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
- b. quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado “carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico” cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.

2.7 MELANOMA

Pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a. no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
- b. para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).

2.8 CÂNCER DE ESÔFAGO

Pacientes portadores de câncer de esôfago “localmente avançado” para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).

3. AUTORIZAÇÕES

Mediante autorização prévia, por perícia eletrônica, através do envio, pelos os prestadores conveniados, da documentação para o e-mail petctonline@ipe.rs.com.br. (Obs: Este é canal é de comunicação exclusiva para o prestador solicitante, e para o encaminhamento de, exclusivamente, documentação para análise pericial. Dúvidas ou outros tipos de contato devem ser direcionados ao setor específico - atendimento ao prestador, atendimento ao beneficiário...).

Toda a documentação deve ser enviada agrupada em um único anexo, sem cortes, com todos os campos do formulário preenchidos e completamente legível, em formato PDF.

A cobertura baseia-se na condição clínica vigente e não apenas no diagnóstico. Ou seja, é necessário que não apenas a patologia seja uma das que constam na portaria 13/2014 (CID informado - que deve ser o do sítio primário da neoplasia), mas também o quadro clínico vigente (como a doença tem fases evolutivas diferentes, pode haver alternância de cobertura, com não cobertura, ainda que tratando-se da mesma patologia). Portanto, a indicação clínica deve ser detalhada, incluindo a condição atual do paciente, acompanhada de suas respectivas comprovações, além da informação das intervenções a que já foi submetido e do período e critério de cura, quando for o caso de indicação por recidiva.

O pedido do exame de PET-CT dedicado oncológico somente poderá ser solicitado por médicos credenciados, claramente identificados no pedido, com

especialidade em oncologia, cancerologia, cancerologia/cancerologia cirúrgica, cancerologia/cancerologia clínica, cancerologia/cancerologia pediátrica, hematologia e hematologia e hemoterapia.

O exame será executado exclusivamente por clínicas ou hospitais credenciados e que possuam a extensão para a realização do procedimento.

O intervalo mínimo para a realização de novo exame será de 120 dias, exceto para os CIDs C15, C81, C82, C83, C84 e C85, que poderão ter de intervalo mínimo de 90 dias para a realização de novo exame.

Relação dos documentos a serem apresentados:

- Pedido por médico credenciado na especialidade (com nome e CRM explícitos, e todos os campos preenchidos: CID da lesão primária; data; número da matrícula do segurado; indicação clínica atual);
- Comprovação do sítio primário da doença maligna e seu tipo histológico (laudo anatomopatológico/ imuno-histoquímico);
- Laudo da biópsia por agulha de lesão ou linfonodo cervical, no caso de tumor primário de cabeça e pescoço indefinido, acompanhado dos últimos exames/laudos de imagem realizados da região de cabeça e pescoço, tórax, abdômen;
- Relatório médico, nas indicações por recidiva, atestando período e critério de cura;
- Resultado laboratorial da curva de dosagem do CEA, acompanhado dos laudos de exames de imagem recentes realizados para evidenciar ausência de metástases, no caso de câncer colorretal, cuja indicação clínica seja esta;
- Exames recentes de imagem com laudo dos sítios preferenciais de disseminação metastática, quando a indicação demandar ausência de metástase;
- Exames recentes de imagem com laudo, realizados para a avaliação de lesões suspeitas de metástases (devem ser explicitados na indicação clínica quais são as lesões suspeitas e, as mesmas, devem ser corroboradas pelos exames que sugeriram a dúvida);
- Imagem/laudo de TC de tórax e ecografia ou TC de abdômen em caso de câncer de esôfago.

Os exames de imagem supra-mencionados devem ser recentes (compatíveis com a clínica vigente que demandou a necessidade da realização do petct).



A resposta ao pedido do médico assistente é encaminhada, por meio eletrônico, através do prestador solicitante, e ocorrerá em até 7 dias úteis após o recebimento da documentação completa.

PARTE IV - APLICAÇÕES/SESSÕES

1) Oxigenoterapia Hiperbárica

OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	1ª. Versão	Data: 29/jul/2020
----------------------------	------------	-------------------

1.1) Código, Nomenclatura e Valor do Procedimento

Código CBHPM	Nomenclatura do Procedimento
2.01.04.18-9	Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica - 2 horas de duração

1.2) Indicações com Cobertura

1.2.1) Lesões refratárias úlceras de pele, pés diabéticos, escaras de decúbito, úlceras por vasculite auto-imune e deiscência de suturas, nas seguintes situações:

- 1.2.1.1) Após revascularização ou outros procedimentos cirúrgicos se indicados;
- 1.2.1.2) Osteomielite associada;
- 1.2.1.3) Perda de enxertos ou retalhos prévios;
- 1.2.1.4) Infecção com manifestações sistêmicas.

1.2.2) Para todos os casos de lesões por radiação radiodermite, osteoradionecrose e lesões actínicas de mucosa.

1.2.3) Osteomielites: posterior a limpeza cirúrgica e/ou remoção de material de síntese.

1.2) Autorização de Sessões

A execução da oxigenoterapia hiperbárica exige autorização prévia.

O médico credenciado deve solicitar o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica através de laudo médico que comprove a necessidade do procedimento, com registro do CID e inclusão de fotos da lesão.

1.4) Número de Sessões Autorizadas

1.4.1) Serão autorizadas até 15 sessões/ano por paciente.

1.4.2) Caso persista a necessidade do tratamento, o médico assistente deverá encaminhar à Gerência de Regulação e Controle um Relatório Médico com registro e inclusão de fotos demonstrando a evolução do tratamento da lesão e o resultado

obtido, justificando dessa forma a eficácia no tratamento e a necessidade de aumento do número de sessões.

1.4.3) Caso haja indicação de continuidade do tratamento, o número máximo autorizado será de até 60 sessões/ano por paciente.

Nota 1: A Oxigenoterapia Hiperbárica é um procedimento questionável em termos de resultados clínicos.

Nota 2: É necessário, por conta do elevado valor da sessão, monitorar as despesas assistenciais.

Nota 3: A autorização do procedimento deve se manter restrita, conforme as regras do IPE Saúde.