

São Paulo, 24 de abril 2018

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO EM CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL



APRESENTAÇÃO

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

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

Entretanto, este trabalho de codificação é contínuo, e recentemente passou por uma revisão dos manuais de codificação com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) que resultou nesta segunda versão do manual. Nesta 2ª versão, houve a fusão de ambos manuais de codificação e uso racional de DMIs para composição de um manual único em conformidade com o protocolo da AMB.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERANDO o precedente da codificação no SUS pela Portaria nº 914 de 2014 do Ministério da Saúde, órgão máximo da hierarquia da saúde no Brasil;

CONSIDERANDO os termos da Resolução CFM no 1.642/02, que estabelece as regras de relacionamento entre médicos e as empresas de seguro-saúde, de medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, empresas de autogestão, e outras, onde segundo esta resolução estas citadas devem respeitar as diretrizes estabelecidas pelas sociedades de especialidades e AMB;

CONSIDERANDO que as normas emitidas pelo CFM são de caráter imperativo a todos os médicos no exercício de sua profissão, cujo descumprimento traduzirá em infração ética, nos termos do artigo 18 do Código de Ética Médica;

CONCLUI-SE, portanto, que o presente Manual de Diretrizes de Codificação de Procedimentos em Cirurgia da Coluna Vertebral, encontra-se totalmente amparados pela legalidade e ética e em absoluto acordo com as regulamentações dos nossos órgãos de classe e fiscalizadores, do Código de Ética Médica e da Constituição Federal.

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

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO

Dr. Albert Vincent Brasil – RS
 Dr. Aluizio Arantes Júnior – MG
 Dr. André Luiz Andújar – SC
 Dr. Carlos Henrique Ribeiro - RJ

Dr. Mauro dos Santos Volpi – SP
 Dr. Ricardo Vieira Botelho - SP
 Dr. Ronald de Lucena Farias – PB
 (Coordenador)

COMISSÃO DA REVISÃO 2018 – 2ª Edição

Dr. Marcelo Wajchenberg – SP
 Dr. Rodrigo Augusto do Amaral – SP
 Dr. João Luiz Pinheiro Franco - SP
 Dr. Luciano Carvalho Silveira – SC
 Dra. Lina Márcia de Araújo Herval - MG

Dr. Paulo Manabu Honda - SP
 Dr. Antônio Nogueira de Almeida – SP
 Dr. Valdir Delmiro Neves – PB
 Dr. Marcus Vinicius Serra – SP
 Dr. Wuilker Knoner Campos – SC
 (Coordenador da Revisão)

CONCEITOS PRELIMINARES EM CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL

1. Segmento vertebral: Representa o espaço, compreendido por duas vértebras adjacentes com um disco intervertebral entre elas e que se articulam por suas facetas articulares (zigapófises).

2. Nível vertebral: Refere-se a cada vértebra da coluna, individualmente, que servem como referência anatômica para diagnósticos por imagem (ex., fratura de C5, tumor de T12, etc) ou para guiar os procedimentos via radioscopia, estereotaxia, navegação (ex., vertebroplastia de T10, biópsia de L4, etc)

3. Nível discal: Refere-se a cada disco intervertebral, individualmente, que servem como referência anatômica para diagnósticos por imagem ou para guiar procedimentos, porém o nível discal é indicado por suas vértebras adjacentes (ex., discite L4-L5, discectomia L5-S1, discopatia T11-T12).

4. Vias de acesso à coluna vertebral:

- **Via anterior:** Nesse acesso, o paciente é posicionado em decúbito dorsal, sendo a coluna acessada por cervicotomia anterior ou por abertura anterior do tórax ou do abdômen;
- **Via Lateral:** O paciente é posicionado em decúbito lateral e a coluna vertebral é acessada por incisão lateral no tórax ou abdômen;
- **Via Posterior:** O paciente é posicionado em decúbito ventral, e a coluna vertebral é acessada por incisão dorsal mediana ou paramediana.

5. Artrodese vertebral: fusão entre duas ou mais vértebras, provocada pela colocação de enxerto autólogo/heterólogo ou material semelhante entre elas. Pode ser classificada em:

- Posterior (quando realizada entre as lâminas das vértebras adjacentes);
- Pósterolateral (quando realizada entre os processos transversos e lâminas das vértebras adjacentes. Habitualmente, bilateral);
- Anterior (quando realizada entre os corpos vertebrais adjacentes). Também conhecida por fusão intersomática.

5. Fixação Vertebral: Refere-se ao bloqueio de movimento do segmento vertebral, através do objetivo de melhorar as taxas de fusão (artrodese) vertebral.

6. Fusão Intersomática: Representa a artrodese realizada entre os corpos vertebrais adjacentes, com a colocação de enxerto ou de cage(s) + enxerto entre eles. O Espaço intersomático (entre os corpos vertebrais) pode ser acessado por diversas vias:

- Anterior (ALIF);
- Lateral (LLIF)
- Posterior (PLIF)
- Transforaminal (TLIF)

7. Pseudoartrose: ausência de consolidação de fratura ou artrodese em período mínimo de 6 meses, evidenciados em exames radiológicos (radiografias simples estáticas e dinâmicas e tomografia computadorizada).

8. Magnificação Cirúrgica: magnificação visual do campo cirúrgico obtido através de instrumentos ópticos como lupa, microscópio ou endoscópio.

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE COLUNA VERTEBRAL COMUNS

1. **Artrodese de coluna com Instrumentação por segmento – 3.07.15.01-6:** Representa a artrodese de um segmento vertebral instável, por qualquer via de acesso, com fixação/instrumentação (cages, parafusos, hastes, etc) associada para possibilitar a fusão do segmento instável. Para efeito de cobrança junto às fontes pagadoras, esse procedimento é multiplicado pelo número de segmentos artrodesados, por exemplo: Artrodese envolvendo artrodese de três segmentos e é descrita como 3.07.15.01-6 (x 3).
2. **Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral- 3.07.15.02-4:** Representa a artrodese de um segmento vertebral que se realiza com interposição de enxerto via anterior (quando retirado disco e colocado enxerto no espaço discal), ou póstero-lateral (quando colocado enxerto paravertebral e/ou entre as lâminas). Pode ser realizado de forma isolada (*in situ*) ou com instrumentação associada. Neste caso, acompanha o código acima (3.07.15.01-6) e a cobrança realizada da mesma forma já citada acima.
3. **Descompressão da medula ou de cauda equina – 3.07.15.09-1:** Consiste na liberação da medula espinhal e/ou de raiz(es) espinhal(is) de compressões tumorais ou císticas (intra/extra medulares), lesões inflamatórias/infecciosas, fragmentos ósseos, osteófitos, ligamento amarelo hipertrofiado, fragmentos discais, hematoma, ou de corpo estranho. O procedimento é multiplicado para cada nível operado.
4. **Enxerto ósseo – 3.07.32.02-6:** Para obtenção de enxerto autólogo, durante os procedimentos de fusão e artrodese vertebral, faz-se necessário a remoção de fragmentos ósseos do próprio paciente durante o ato cirúrgico principal, que pode ser retirado do próprio sítio cirúrgico ou de outra área doadora.
5. **Hérnia de disco tóraco-lombar – tratamento cirúrgico – 3.07.15.18-0:** Trata-se da discectomia para tratamento da hérnia discal lombar, por qualquer via ou qualquer técnica. O procedimento é multiplicado por cada disco operado.
6. **Hérnia discal cervical – tratamento cirúrgico – 3.07.15.39-3:** Trata-se da discectomia para tratamento da hérnia discal cervical, por qualquer via ou qualquer técnica. O procedimento é multiplicado por cada disco operado.
7. **Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular (4.08.13.36-3):** Utilizado para infiltrar medicamentos como anestésicos e/ou corticoide em pontos específicos da coluna vertebral, como por exemplo nos locais de saída dos nervos (forames) ou nas articulações facetárias. Este código deve ser multiplicado pelo número de segmentos vertebrais (no caso de facetas) e/ou pelo número de neuroforames infiltrados (cada forame, ex., infiltração forame L3-L4 D, L3-L4 E cobrar 2x pois são abordagens e posicionamentos de radioscopias diferentes, raízes diferentes, riscos somados).
8. **Laminectomia ou laminotomia – Tratamento Cirúrgico – 3.07.15.19-9:** Retirada parcial ou total da lamina, por nível. O procedimento é multiplicado por cada nível operado.
9. **Osteotomia da coluna vertebral – 3.07.15.22-9:** Esse código é utilizado em cirurgias de deformidades de coluna vertebral e/ou correção do desequilíbrio sagital, representando a ressecção parcial ou total de elementos vertebrais – pontes ósseas, facetas vertebrais ou corpo vertebral, para facilitar a correção de deformidades e o alinhamento sagital. Esse procedimento também é multiplicado por cada nível operado onde se realiza efetivamente a osteotomia.
10. **Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) – 4.08.11.02-6:** Os procedimentos em coluna vertebral são realizados sob a visão da radioscopia, seja para marcação inicial ou contínua transoperatória, exigindo do cirurgião de coluna a interpretação das imagens durante o procedimento cirúrgico. Esse procedimento é multiplicado pelo tempo total do procedimento, em horas e frações.
11. **Rizotomia percutânea por segmento (3.14.03.33-6):** Procedimento utilizado no tratamento da dor crônica de facetas ou neuralgias. Também é utilizado no tratamento da espasticidade. Pode ser executada por método químico ou por radiofrequência.
12. **Substituição de corpo vertebral – 3.07.15.28-8:** Representa a substituição parcial ou total do corpo vertebral, por próteses, enxerto (crista ilíaca, costela ou fíbula) ou por produtos sintéticos (“cimento ósseo”, por exemplo), para tratamento de lesões tumorais, traumáticas ou infecciosas do corpo vertebral. O ato cirúrgico é remunerado por cada corpo vertebral substituído.
13. **Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento– 3.07.15.36-9:** Esse código é destinado ao tratamento da estenose do canal vertebral primária (congénita) ou secundária (degenerativa), seja no compartimento central ou no compartimento foraminal. Na prática, consiste na realização de foraminotomia (s), flavectomia, e/ou osteofitectomias. Este procedimento é multiplicado pelo número de segmentos operados.

CIRURGIAS MULTI-SEGMENTARES

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

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

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

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

PROCEDIMENTOS COBRADOS POR SEGMENTO:

3.07.15.01-6 Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4 Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.11-3 Espondilolistese - tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.09-1 Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9 Trat. microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.39-3 Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico	10C
3.07.15.18-0 Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	9C
3.14.03.33-6 Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método.....	10C
4.08.13.36-3 Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular.....	5A

PROCEDIMENTOS COBRADOS POR CADA VÉRTEBRA OPERADA:

3.07.15.03-2 Biópsia da coluna	5B
3.07.15.19-9 Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.22-9 Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
3.07.15.28-8 Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.38-5 Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	10B
4.08.14.09-2 Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras).....	8C

PROCEDIMENTOS COBRADOS APENAS UMA VEZ CADA CIRURGIA:

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

OBS:

- *Essa regra não se aplica a procedimentos simultâneos em acessos cirúrgicos não-contíguos.*
- *Em casos de déficit neurológico agudo instalado ou em potencial, o procedimento torna-se urgência.*
- *As previsões de “Dias de Internação” de UTI e quarto podem variar conforme complexidade do procedimento e condições clínicas do paciente.*
- *Algumas particularidades da cirurgia ou cobrança são discutidas eventualmente na própria tabela.*

DIRETRIZES PARA O USO RACIONAL DE OPMEs/DMIs

Enquanto as demandas por serviços de saúde de qualidade estão sempre crescendo, os recursos da saúde pública ou privada são finitos e cada vez mais escassos. Soma-se a isso, o impacto financeiro que a inclusão de novas técnicas e tecnologias tem causado na saúde suplementar. Resolver essa equação, sem prejudicar a qualidade da assistência médica, é um desafio o que compete a todos os que participam do sistema de saúde brasileira.

O entendimento das sociedades de especialidades autoras deste manual, a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e a Sociedade Brasileira de Coluna (SBC), é de que há de fato não só uma crise financeira no setor de saúde suplementar, mas também uma crise de qualidade na assistência médica aos clientes, e que esta equação precisa ser resolvida. Diante disso, as três sociedades médicas supracitadas, que realizam cirurgias de coluna vertebral, elaboram o Manual de Utilização Racional de DMIs em Cirurgia de Coluna Vertebral, que inicialmente era um manual separado, e que no presente manual fica integrado ao manual de codificação.

Estas diretrizes têm o objetivo primaz de responder a um questionamento bastante corrente na prática cirúrgica: *Em se indicando um determinado procedimento, qual devem ser os implantes e dispositivos necessários para o ato cirúrgico, sem que haja excessos ou desperdícios de recursos, mantendo a qualidade da assistência ao paciente?*

Para responder essa questão, as Sociedades realizaram diversas reuniões e o oficinas de trabalho, com seus especialistas, obtendo como resultado estas diretrizes bastante sucintas e autoexplicativas, que foram incorporados à lista de codificação.

Como mensagem final, as Sociedades Médicas, relacionadas anteriormente, recomendam aos Neurocirurgiões e Ortopedistas, que estas diretrizes sejam utilizadas como referência na solicitação de DMIs para as suas cirurgias da coluna vertebral. Esta segunda edição do manual de diretrizes de codificação será encaminhada para conhecimento do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), do Ministério da Saúde (MS), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e demais instituições envolvidas na saúde pública e suplementar.

Quaisquer outras solicitações que aqui não estão contempladas serão encaradas como excepcionalidades.

COMISSÃO DE SISTEMATIZAÇÃO

Dr. Alexandre Fogaça Cristiane – SP

Dr. Aluizio Arantes Jr. – MG

Dr. Edson Pudles - PR

Dr. Marcelo Mudo – SP

Dr. Paulo Manabu Honda - SP

Dr. Paulo Porto de Melo – SP

Dr. Rodrigo Augusto do Amaral – SP

Dr. Ronald de Lucena Faria – PB

COMISSÃO DA REVISÃO 2018 – 2ª Edição

Dr. Marcelo Wajchenberg – SP

Dr. Rodrigo Augusto do Amaral – SP

Dr. João Luiz Pinheiro Franco - SP

Dr. Luciano Carvalho Silveira – SC

Dra. Lina Márcia de Araújo Herval - MG

Dr. Paulo Manabu Honda - SP

Dr. Antônio Nogueira de Almeida – SP

Dr. Valdir Delmiro Neves – PB

Dr. Marcus Vinicius Serra – SP

Dr. Wuilker Knoner Campos – SC

(Coordenador da Revisão)

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS PARA CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL

MATERIAIS	JUSTIFICATIVA DE USO
KIT HEMOSTASIA <ul style="list-style-type: none"> • Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina • Hemostático absorvível de colágeno • Esponja de gelatina absorvível • Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande) 	Série de materiais hemostáticos utilizados tanto para hemostasias nos tempos iniciais, trans-op e fechamento, quanto para manipulação delicada de estruturas do sistema nervoso. Para que estejam disponíveis no momento da cirurgia, devem ser solicitados previamente junto com os DMIs
KIT DUROPLASTIA SINTÉTICA <ul style="list-style-type: none"> • Cola biológica ou selante dural 5 ml 5ml • Tela de matriz colágena absorvível e maleável 	A duroplastia é realizada para o fechamento hermético de algumas falhas durais que podem ocorrer durante a cirurgia ou como resultado de lesões por corpo estranho ou fraturas de coluna. O uso de cola biológica/selante dural é necessário, porém o uso de substituto de duramater somente nos casos de perda de substancia dural
KIT LAMINOPLASTIA <ul style="list-style-type: none"> • Fresa para laminotomia ou piezoelétrico • 01 Miniplaca + 4 parafusos automachável para cada lâmina vertebral aberta 	Utilizado para o fechamento e reposicionamento das lâminas vertebrais retiradas na laminotomia.
BROCAS DE DRILL <ul style="list-style-type: none"> • Broca standard e Broca diamantada 	Utilizado para drilagem e abertura da parte óssea para acessar o canal vertebral, assim como ampliação do canal vertebral e forames. Também utilizado para tumores vertebrais, corpectomia.
KIT ACESSO MINIMAMENTE INVASIVO <ul style="list-style-type: none"> • Tubos de tamanhos progressivos • Haste ou braço metálico para fixação de sistema • Sistema de iluminação trans-tubular • Instrumentos alongados para cirurgia tubular 	Sistema tubular progressivo com iluminação especial para cirurgias minimamente invasivas da coluna vertebral
KIT DISCECTOMIA PERCUTÂNEA <ul style="list-style-type: none"> • Trocater, Obturador, Trefina • Fio guia • Cânula de corte recíprocante • Tubo aspirador com coletor 	Sistema de instrumentos para discectomia percutânea guiada por radioscopia, porém sem uso de instrumentos ópticos endoscópicos
KIT ENDOSCOPIA DE COLUNA VERTEBRAL <ul style="list-style-type: none"> • Probe, Dissector reto, Escova flexível • Instrumentos ópticos • Luva de acesso, Dilatadores, Trefina • Sistema de brocas, pinças, kerrisons, bipolar, monopolar • Shaver 	Sistema de instrumentos para discectomia percutânea guiada por radioscopia com imagem magnificada por instrumentos ópticos endoscópicos
KIT VERTEBROPLASTIA <ul style="list-style-type: none"> • Cânula introdutora • Cimento ortopédico • Aplicador 	Utilizado para correção e estabilização de fraturas vertebrais sem deslocamento significativo do muro posterior para dentro do canal vertebral. Sem remodelamento ou ganho de altura de fratura
KIT CIFOPLASTIA <ul style="list-style-type: none"> • Cânula introdutora vertebral • Balões remodeladores • Cureta • Fio de kirschner • Frena de osso esponjoso • Cimento ortopédico • Aplicador 	Utilizado para correção e estabilização de fraturas vertebrais sem deslocamento significativo do muro posterior para dentro do canal vertebral. Com remodelamento ou ganho de altura de fratura
ENXERTO SINTÉTICO	Os enxertos inorgânicos são utilizados normalmente na quantidade 10g/5ml ³ de enxerto sintético 1-2 segmentos + 5g/2,5ml ³ por segmento adicional - até 15g/10ml ³ na Via Posterior. (10g/5ml ³) + (5g/2,5ml ³) por segmento adicional na Via Anterior ou Lateral

ÍNDICE DOS PROCEDIMENTOS POR DOENÇA

1. Códigos para Consultório e Visita Hospitalar	10
2. Doenças Degenerativas da Coluna Vertebral	
2.1. Hérnia de Disco de Coluna Torácica ou Lombar – (Sem Instabilidade)	21
2.2. Estenose de Canal Vertebral – Descompressão via Posterior (Sem Instabilidade)	22
2.3. Instabilidade segmentar lombar	23
2.4. Espondilolistese lombar ou lombossacra	24
2.5. Patologias degenerativas da coluna vertebral – tratamento cirúrgico por via Anterior	25
2.6. Patologias degenerativas da coluna vertebral – tratamento cirúrgico por via Anterior (Corpectomia)	26
2.7. Patologias degenerativas da coluna vertebral – tratamento cirúrgico por via Posterior	27
3. Patologias Traumáticas da Coluna Vertebral	24
3.1. Fratura e/ou luxação vertebral (dorsal/lombar/sacral), Via posterior (Sem corpectomia)	28
3.2. Fratura e/ou luxação vertebral (dorsal/lombar/sacral), Via posterior (Com Corpectomia)	29
3.3. Fratura e/ou luxação vertebral (cervical) – trat. Via anterior (Sem Corpectomia)	30
3.4. Fratura e/ou luxação vertebral (cervical) – via anterior (Com Corpectomia)	31
3.5. Fratura e/ou luxação vertebral (cervical ou craniovertebral) – trat. Via posterior	32
3.6. Fratura do Odontóide – tratamento via anterior	33
3.7. Fratura vertebral patológica – trat. percutâneo por “cimentação” ou “stent” vertebral	34
4. Patologias Tumorais	
4.1. Tumor vertebral com/sem compressão medular: tratamento por via anterior, com artrodese/corpect	35
4.2. Tumor vertebral com/sem compressão medular: tratamento por via posterior, com artrodese e corpectomia	36
4.3. Tumor vertebral com compressão medular: tratamento por via posterior, com artrodese e laminectomia	37
4.4. Tumor vertebral com compressão medular: tratamento por via posterior, com laminectomia	38
4.5. Tumor intramedular intra ou extramedular (sem artrodese)	39
4.6. Tumor intramedular intra ou extramedular (com artrodese)	40
4.7. Lesão Vertebral – Biópsia de coluna	41
5. Deformidades e Mal-formações da Coluna Vertebral	
5.1. Escoliose e outras deformidades da coluna vertebral	42
5.2. Malformações craniovertebrais – Cirurgia descompressiva	43
5.3. Malformações craniovertebrais – Cirurgia descompressiva + fixação occipito-cervical	44
5.4. Disrafismo espinhal – trat. cirúrgico	45
6. Processos Infeciosos da Coluna Vertebral	
6.1. Osteomielite/discite/abcesso epidural com ou sem compressão medular: trat. por via anterior	46
6.2. Osteomielite/discite/abcesso epidural com ou sem compressão medular: trat. por via posterior com laminectomia	47
6.3. Osteomielite/discite/abcesso epidural com ou sem compressão medular: trat. por via posterior com laminectomia + artrodese	48
7. Procedimento para Controle da Dor	
7.1. Infiltração de coluna (Dor axial e/ou radicular)	49
7.2. Rizotomia de facetas por método químico	50
7.3. Rizotomia de facetas por radiofrequência	51
7.4. Estimulação elétrica medular e/ou nervo periférico I – Técnica percutânea, fase teste	52
7.5. Estimulação elétrica medular e/ou nervo periférico II - Técnica percutânea, implante	53
7.6. Estimulação elétrica medular e/ou nervo periférico – Técnica laminectomia, Fase teste	54
7.7. Estimulação elétrica medular e/ou nervo periférico – Técnica laminectomia, implante	55
7.8. Revisão de sistema de neuroestimulação	56
7.9. Rizotomia seletiva ou superseletiva para espasticidade	57
8. Outros Procedimentos para Coluna Vertebral	
8.1. Retirada de corpo estranho em coluna vertebral	58
8.2. Retirada de implantes/pseudoartrose de coluna vertebral	59

1. Códigos para Consultório e Visita Hospitalar

Nome Procedimento	1.1 – CONSULTA GERAL DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para avaliar afecções da coluna vertebral. Envolve o tratamento conservador das patologias da coluna vertebral como dor, deformidades, etc, com orientações específicas sobre medicações, fisioterapia, aplicação/orientação de órteses de coluna e outras terapias.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Pacientes com queixas de coluna vertebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia, Densitometria óssea	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	Busca do alívio ou tratamento dos sintomas	
Seguimento	Semanal ou Quinzenal - Depende do diagnóstico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.2 – CONSULTA: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para fratura da coluna vertebral (osteoporótica, patológica, traumática). Envolve orientações específicas sobre medicações, fisioterapia, aplicação/orientação de órteses de coluna e outras terapias nos casos de tratamento conservador (fratura estável) ou o paciente pode ter indicação de cirurgia (fratura instável).	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Pacientes encaminhados com fratura vertebral para avaliação e conduta	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Mobilidade restrita	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM ou Cintilografia óssea	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
3.02.07.22-3	Tratamento conservador de fratura de ossos	4C
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	Consolidação da fratura, conforme grau da fratura e tipo de tratamento (conservador 3 meses; cirúrgico 1 mês)	
Seguimento	Hospitalar diário e pós alta hospitalar quinzenal por 3 meses.	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.3 - CONSULTA DE RETORNO POS-OPERATÓRIO + CURATIVO	
Descrição do procedimento	Consulta e retirada de pontos com curativo final	
CIDs do Procedimento		
Indicação	Paciente em pós-operatório	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Não	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit curativo	01
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	Se não houver deiscência de sutura ou infecção, paciente segue normalmente	
Seguimento	30 dias (para avaliar cicatrização)	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.4 - PROGRAMAÇÃO DE ELETRODO PARA NEUROESTIMULAÇÃO	
Descrição do procedimento	Consulta com realização de telemetria para leitura de parâmetros e programação de eletrodo (por sessão) ou bomba de infusão de fármaco intratecal	
CIDs do Procedimento	R52.1, G20, G21, G24, G25.8, G25.9, G26, G40, G41, R25.0, R25.8, G04.1, G11.4, G80.0, G80.2, G81.1, G82.1, G82.4, F33	
Indicação	Pacientes com neuroestimuladores ou bomba de fármaco Intratecal implantados	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	2B
2.01.01.20-1	Avaliação clínica e eletrônica de paciente com marca-passo	2B
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Materiais Especiais	Programador médico do neuroestimulador (fornecido pela empresa sem custos)	
Resolutividade	Depende do diagnóstico	
Seguimento	Periódico conforme necessidade de ajustes na programação do neuroestimulador ou bomba	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Procedimento realizado através de telemetria para avaliação dos parâmetros de neuroestimulação aplicados (impedância, frequência, comprimento de onda, intensidade, contatos ativos, nível de carga, tempo vida útil) e parâmetros de bomba (concentração e dose do fármaco infundido, tempo para refil, tempo de vida útil)	

Nome Procedimento	1.5- RESPOSTA DE PARECER - COLUNA I (Patologias Não Traumáticas da Coluna)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna, solicitada por outra especialidade na emergência ou internado para avaliar afecções urgenciais de coluna. O cirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Pacientes com patologias de coluna não traumáticas	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	Depende diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.6 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA II (Patologias Não Traumáticas) + Infiltração Coluna na Emergência	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O cirurgião realiza infiltração de coluna na emergência para alívio da dor.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação	Crise de dor de coluna	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Alergia aos medicamentos infiltrados	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto-gatilho (por região muscular)	3A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Seringa 10 ml	01
	Agulha	01
	Agulha	01
	Lidocaína sem vaso	01
	Corticóide	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.7 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA III (Patologias Traumáticas/TRM da Coluna) Vertebral)	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para avaliar trauma de coluna solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O cirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico, ficar em observação ou receber alta com orientações	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Trauma de coluna	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta	5B
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Não		
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Não	
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.8 - RESPOSTA DE PARECER - COLUNA IV (TRM CERVICAL) + TRAÇÃO CERVICAL	
Descrição do procedimento	Consulta especializada em cirurgia da coluna para avaliar trauma da coluna cervical solicitada por outra especialidade na emergência ou internado. O cirurgião realiza e/ou orienta o médico solicitante do parecer quanto às condutas iniciais do caso. O paciente pode se tornar um caso cirúrgico ou seguir em tratamento conservador com halo-vest/órtese.	
CIDs do Procedimento	M50.0, M50.1, M50.2, S12, S13, S14	
Indicação	TRM coluna cervical	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Não	
Exames da Indicação	RX, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.01.03-9	Consulta em pronto-socorro	2B
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.29-6	Tração cervical trans-esquelética	8B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Halo de crânio	
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc)	
Seguimento	Diário enquanto paciente estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	Alta Morbidade	

Nome Procedimento	1.9 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA I (Patologias Não Traumáticas)	
Descrição do procedimento	Paciente internado para controle da crise de dor na coluna e/ou investigação diagnóstica	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio		
Resolutividade	Depende diagnóstico	
Seguimento	Diário se indicado acompanhamento neurocirúrgico	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.10 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA II (Patologias Não Traumáticas) + Infiltração Coluna	
Descrição do procedimento	Paciente internado para controle da crise dor na coluna sem alívio com medicações venosas. O cirurgião de coluna realiza infiltração de coluna para alívio da dor.	
CIDs do Procedimento	C41.2, D16.6, M40.3, M43.2, M48.0, M49.0, M53.2, G97.1, M47.1, M47.2, M50.0, M50.1, M54.5, M50.1, M50.2, M51.1, M51.2, Q67.5, Q76.4, Q77.8, Q77.9, S13.4, S14.2, S23.3, S24.2, S33.0, S33.5, S33.7, S34.1, S34.2, S34.2, S34.5, T91.1	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.23-7	Outras afecções da coluna – tratamento incruento	3B
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto-gatilho (por região muscular)	3A
2.01.04.10-3	Curativos em geral sem anestesia	1A
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Seringa 10 ml	01
	Agulha	01
	Agulha	01
	Lidocaína sem vaso	01
	Corticóide	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio		
Resolutividade	Alta	
Seguimento	Diário se necessário enquanto estiver internado	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	1.11 - VISITA HOSPITALAR - COLUNA III (Patologias Traumáticas/TRM da Coluna)	
Descrição do procedimento	Paciente com trauma de coluna internado para tratamento conservador em uso de órteses ou repouso no leito, podendo ainda se tornar um caso cirúrgico.	
CIDs do Procedimento	P11.5, S12, S22.1, S32.7, S32.8, S33.3, T08, T91.1	
Indicação	Trauma de coluna	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação		
Exames da Indicação		
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
1.01.02.01-9	Visita hospitalar a paciente internado	2A
3.07.15.34-2	Tratamento conservador do traumatismo raquimedular (por dia)	3C
3.07.15.15-6	Fratura e/ou luxação da coluna vertebral – redução incruenta	5B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto xx dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio		
Resolutividade	De acordo com os escores de TRM (ASIA, Frankel, etc) e se tratamento clínico ou cirúrgico	
Seguimento	Diário se internado ou 30, 60, 90 dias se seguir ambulatorialmente	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

2. Doenças Degenerativas da Coluna Vertebral

Nome Procedimento	2.1 - HÉRNIA DE DISCO DE COLUNA TORÁCICA OU LOMBAR – SEM INSTABILIDADE	
Descrição do procedimento	Cirurgia por via aberta ou percutânea (minimamente invasiva ou endoscópica) para discectomia com ou sem magnificação cirúrgica.	
CIDs do Procedimento	M429, M463, M470, M471, M472, M478, M500, M501, M502, M503, M508, M510, M511, M512, M513, M518, M995, M997, S330	
Indicação	Hérnia discal com compressão de estruturas nervosas ou com dor discogênica intratável	
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
Opção 1	Kit acesso minimamente invasivo tubular	01
Opção 2	Kit discectomia percutânea	01
Opção 3	Kit de endoscopia de coluna vertebral	01
	Par de luvas radiopacas	02
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 02 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio, endoscópio ou lupa • Torre de vídeo (para procedimentos endoscópicos) • Arco em C 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia pós-operatório e mais 2-5 consultas médicas pós-operatória	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	2.2 – ESTENOSE DE CANAL VERTEBRAL – DESCOMPRESSÃO VIA POSTERIOR (SEM INSTABILIDADE)	
Descrição do procedimento	Cirurgia onde o acesso ao canal vertebral é realizado através de laminectomia ou laminotomia, e em seguida realizado a microcirurgia do canal estreito com ampliação do canal/forames estenosados associado à descompressão de estruturas do canal vertebral e forames (medula e/ou raízes) por meio da ressecção de estruturas hipertróficas (ligamentos, facetas, osteófitos) com magnificação óptica.	
CIDs do Procedimento	G952, M470, M480, M993-997	
Indicação	Estenose degenerativa do canal vertebral e/ou forames com compressão de estruturas nervosas, sem instabilidade que demande artrodese ou fixação cirúrgica.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, ENMG	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
Opção	Kit acesso minimamente invasivo tubular	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 2 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio, endoscópio ou lupa • Torre de vídeo (para procedimentos endoscópicos) • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	2.3 - INSTABILIDADE SEGMENTAR LOMBAR	
Descrição do procedimento	Instabilidade segmentar lombar, associada à discopatia degenerativa lombar e/ou estenose de canal lombar e/ou foraminal de etiologia congênita, degenerativa, infecciosa, pós-traumática ou iatrogênica. Técnica por via anterior e/ou posterior, associado à artrodese por fixação/instrumentação, por acesso aberto, minimamente invasivo ou percutâneo.	
CIDs do Procedimento	B902, B91, G810, G811, G819-825, G952, M053, M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M072, M080-083, M146, M401-404, M430, M431, M45, M470-472, M479, M480-488, M490, M500, M501, M510, M511, M512, M513, M518, M519, M532, M992-997, M962-965, Q068, Q069, Q762, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico*	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transversal ("crosslink") ²	01
	Cages ³	01-02/segmento
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill (se cirurgia aberta tradicional)	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	<p>*Código 3.07.15.18-0 cobrado p/ cada nível realizado a discectomia p/ a interposição de enxerto (com ou sem cage), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora/fração de cirurgia)</p> <p>1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso</p> <p>2. Em caso de espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos</p> <p>3. PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage); XLIF (01 cage c/ parafuso/trava)</p>	

Nome Procedimento	2.4 - ESPONDILOLISTESE LOMBAR OU LOMBOSSACRA	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção e estabilização de espondilolistese lombossacra, de qualquer etiologia.	
CIDs do Procedimento	B902, B91, G810, G811, G819-825, G952, M053, M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M072, M080-083, M146, M401-404, M430, M431, M45, M470-472, M479, M480-488, M490, M500, M501, M510, M511, M512, M513, M518, M519, M532, M992-997, M962-965, Q068, Q069, Q762, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.11-3	Espondilolistese – tratamento cirúrgico	10A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.18-0	Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico*	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transverso (“crosslink”) ²	01
	Cages ³	01-02/segmento
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	<p>*Código 3.07.15.18-0 cobrado p/ cada nível realizado a discectomia p/ a interposição de enxerto (com ou sem cage), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora/fração de cirurgia)</p> <p>1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso</p> <p>2. Em caso de espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos</p> <p>3. PLIF (02 cages); TLIF (01 cage); ALIF (01 cage); XLIF (01 cage c/ parafuso/trava)</p>	

Nome Procedimento	2.5 - PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIA ANTERIOR	
Descrição do procedimento	Mielopatia e/ou radiculopatia cervical com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa, congênita, infecciosa, tumoral, pós-traumática ou iatrogênica	
CIDs do Procedimento	B902, B91, G810, G811, G819-825, G952, M053, M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M072, M080-083, M146, M401-404, M430, M431, M45, M470-472, M479, M480-488, M490, M500, M501, M510, M511, M512, M513, M518, M519, M532, M992-997, M962-965, Q068, Q069, Q762, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou pósterio-lateral	10B
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico*	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1	Cage c/ sistema interno de trava ¹	1/nível
Opção 2	Prótese discal cervical ²	1/nível
Opção 3	Cage interssomático tradicional ³	1/nível
	Placa cervical anterior ³	1
	Parafusos para travamento de placa ³	2/vértebra
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	<p>*Código cobrado p/ cada nível realizado a discectomia p/ a interposição de enxerto (com ou sem cage), demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora/fração de cirurgia)</p> <p>1. Se optado por técnica “Stand Alone”, máximo 3 cages</p> <p>2. Se optado por técnica de artroplastia, máximo 2 próteses</p> <p>3. Se realizado artrodese clássica</p>	

Nome Procedimento	2.6 - PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIA ANTERIOR (CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Mielopatia e/ou radiculopatia cervical com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa, congênita, infecciosa, tumoral, pós-traumática ou iatrogênica, onde há necessidade de corpectomia p/ descompressão anterior	
CIDs do Procedimento	B902, B91, G810, G811, G819-825, G952, M053, M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M072, M080-083, M146, M401-404, M430, M431, M45, M470-472, M479, M480-488, M490, M500, M501, M510, M511, M512, M513, M518, M519, M532, M992-997, M962-965, Q068, Q069, Q762, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Cage (cilindro ou gaiola) standard ou expansível	01
	Placa cervical anterior	01
	Parafusos para travamento de placa	2/vértebra
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Cimento ortopédico	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	2.7 PATOLOGIAS DEGENERATIVAS DA COLUNA CERVICAL – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Mielopatia e/ou radiculopatia cervical com/sem instabilidade segmentar cervical, de etiologia degenerativa, congênita, infecciosa, tumoral, pós-traumática ou iatrogênica	
CIDs do Procedimento	B902, B91, G810, G811, G819-825, G952, M053, M058, M059, M060, M061, M064, M068, M069, M072, M080-083, M146, M401-404, M430, M431, M45, M470-472, M479, M480-488, M490, M500, M501, M510, M511, M512, M513, M518, M519, M532, M992-997, M962-965, Q068, Q069, Q762, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.36-9	Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos cervical posterior/massa lateral	02/vértebra
	Haste longitudinal	02
	Bloqueadores ou trava porca	02/vértebra
	Conector transverso (“crosslink”) ¹	01
	Conectores tipo dominó	Até 2
Itens complementares	Enxerto sintético	1
	Kit hemostático	1
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Melhora da dor axial/irradiada e déficits associados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Em cirurgias de 02 ou mais segmentos	

3. Patologias Traumáticas da Coluna Vertebral

Nome Procedimento	3.1 - FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) – TRAT. VIA POSTERIOR (SEM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Artrodese via posterior com/sem laminectomia, com fixação posterior: no mínimo dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão; associado à descompressão medular e redução/alinhamento da fratura vertebral	
CIDs do Procedimento	T911, T913, M484, M991, S131, S220, S221, S230, S231, S320, S327, S328, S331, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transversal (“crosslink”) ²	01
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de espondilolistese e/ou cirurgias de 02 ou mais segmentos	

Nome Procedimento	3.2 - FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (DORSAL/LOMBAR/SACRAL) – TRAT. VIA POSTERIOR (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Artrodese via posterior com/sem laminectomia, com fixação posterior: no mínimo dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão; associado à descompressão medular, redução/alinhamento da fratura vertebral e corpectomia via posterior ou póstero-lateral.	
CIDs do Procedimento	T911, T913, M484, M991, S131, S220, S221, S230, S231, S320, S327, S328, S331, T911, T913	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Cage (cilindro ou gaiola) standard ou expansível	01
	Conector transverso (“crosslink”) ²	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
Opção 2	Pinos de Shans	04-06
	Rótulas	04-06
	Barras	02
	Conector transverso	01
Itens Complementares	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Kit transfusão sanguínea autóloga (“cell saver”)	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos	

Nome Procedimento	3.3 - FRATURA E/OU LUXAÇÃO DA COLUNA CERVICAL - VIA ANTERIOR (SEM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Artrodese via anterior com discectomia sem corpectomia, descompressão medular e/ou radicular via anterior, e redução/alinhamento da fratura por instrumentação.	
CIDs do Procedimento	S120-122, S131, M500-502	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.39-3	Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico*	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Cage interssomático tradicional	1/nível
	Placa cervical anterior	1
	Parafusos para travamento de placa	2/vértebra
	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 2 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários	*Código cobrado p/ cada nível realizado a discectomia p/ a interposição de enxerto com cage, demais códigos, cobrado por nível operado, exceto radioscopia (por hora/fração de cirurgia) e Fraturas 1x.	

Nome Procedimento	3.4 - FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL CERVICAL VIA ANTERIOR (COM CORPECTOMIA)	
Descrição do procedimento	Artrodese via anterior com discectomia e corpectomia, descompressão medular e/ou radicular via anterior, e redução/alinhamento da fratura por instrumentação	
CIDs do Procedimento	S120-122, S131, M500-502	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Cage (cilindro ou gaiola) standard ou expansível	01
	Placa cervical anterior	01
	Parafusos para travamento de placa	2/vértebra
Itens complementares	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Cimento ortopédico	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	3.5- FRATURA E/OU LUXAÇÃO VERTEBRAL (CERVICAL OU CRANIOVERTEBRAL) – TRAT. VIA POSTERIOR	
Descrição do procedimento	Artrodese cervical ou crânio-cervical por via posterior, com ou sem laminectomia, associado à fixação posterior cervical ou crânio-cervical para redução/alinhamento da fratura e descompressão medular	
CIDs do Procedimento	B902, G952, M433-435, S120-122, S131, M500-502, M992, Q068, Q069, Q764, Q781, Q788, Q789, Q874	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos cervical posterior/massa lateral	02/vértebra
	Haste longitudinal	02
	Bloqueadores ou trava porca	02/vértebra
	Conector transverso (“crosslink”) ¹	01
	Conectores tipo dominó	Até 2
	Trava p/ componente craniano da haste ²	04-06
Itens complementares	Enxerto sintético	1
	Kit hemostático	1
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em cirurgias de 02 ou mais segmentos 2. Fixação crânio-cervical 	

Nome Procedimento	3.6- FRATURA DE ODONTÓIDE – TRAT. VIA ANTERIOR	
Descrição do procedimento	Fixação de fratura com parafuso de odontóide	
CIDs do Procedimento	B902, G952, M433-435, S120-122, S131, M500-502, M992, Q068, Q069, Q764, Q781, Q788, Q789, Q874	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos de odontóide	01-02
	Fio de kirschner	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 7 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora ou não de déficits neurológicos instalados	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois 180 dias para avaliar fusão	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	3.7 - FRATURA VERTEBRAL PATOLÓGICA – TRAT. PERCUTÂNEO POR “CIMENTAÇÃO” OU “STENT” VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Tratamento da fratura vertebral patológica (tumoral ou osteoporótica) por via percutânea, com substituição parcial e alinhamento do corpo vertebral, através de “cimentação” ou colocação de “stent” vertebral	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D166, M432, M495, M804, M854, S120-122, S127, S220, S221, S320, S321, S322, S327	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada; alergia ao metilmetacrilato	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.08.14.09-2	Osteoplastia ou discectomia percutânea (vertebroplastia e outras)	8C
3.07.15.03-2	Biópsia da coluna	5B
3.07.15.16-4	Fraturas ou fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit Vertebroplastia ou Kit Cifoplastia	01/vértebra
	Cânula de vertebroplastia (se bi-pedicular)	01
	Par de luva radiopaca	02
Internação Dias		
	UTI x dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> Arco em C 	
Resolutividade	Estabilização de fratura de coluna com melhora da dor axial	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois se necessário	
Rastreabilidade		
Comentários		

4. Patologias Tumorais

Nome Procedimento	4.1 - TUMOR VERTEBRAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR: TRATAMENTO POR VIA ANTERIOR	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor de corpo vertebral (corpectomia) com substituição de corpo vertebral seguida de artrodese/fixação das vértebras adjacentes (um nível acima e um abaixo da lesão), por via anterior	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D164, D166, D480	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.06.01.19-3	Toracotomia para procedimentos ortopédicos sobre a coluna vertebral*	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Placa para fixação anterior/anterolateral cervical/torácica/lombar	01
	Parafuso para fixação de placa	04
	Cage (cilindro ou gaiola) standard ou expansível	01
	Cimento ósseo	01
Itens complementares	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Selante dural (caso abertura dural incidental na cirurgia)	01
	Substituto de dura (caso abertura dural incidental na cirurgia)	01
	Par de luvas radiopacas	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	*Quando realizado pelo cirurgião de coluna	

Nome Procedimento	4.2 - TUMOR VERTEBRAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM ARTRODESE E CORPECTOMIA	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor de corpo vertebral (corpectomia) com substituição de corpo vertebral e laminectomia no nível com lesão, seguida de artrodese/fixação das vértebras adjacentes (dois níveis acima e dois abaixo da lesão), por via posterior	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D164, D166, D480	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Cage (cilindro ou gaiola) standard ou expansível	01
	Conector transverso ("crosslink") ²	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
Opção 2	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra
Itens Complementares	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Cimento ósseo (para parafusos canulados ou preenchimento cage gaiola)	01/dispositivo
	Kit transfusão sanguínea autóloga ("cell saver") ³	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	(x) Sim	() Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos 3. Indicado em casos específicos	

Nome Procedimento	4.3 - TUMOR VERTEBRAL COM COMPRESSÃO MEDULAR: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM ARTRODESE E LAMINECTOMIA	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor invadindo canal vertebral e comprimindo medular, acessado e descomprimido por laminectomia no nível com lesão, seguida de artrodese/fixação das vértebras adjacentes (dois níveis acima e dois abaixo da lesão), por via posterior	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D164, D166, D480	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transverso ("crosslink") ²	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
Opção 2	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra
Itens Complementares	Enxerto sintético	01
	Kit hemostático	01/segmento
	Brocas de drill	02
	Cimento ósseo (para parafusos canulados ou preenchimento cage caiola)	01/dispositivo
	Kit transfusão sanguínea autóloga ("cell saver") ³	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos 3. Indicado em casos específicos	

Nome Procedimento	4.4 - TUMOR VERTEBRAL COM COMPRESSÃO MEDULAR: TRATAMENTO POR VIA POSTERIOR, COM LAMINECTOMIA	
Descrição do procedimento	Ressecção de tumor invadindo canal vertebral e comprimindo medular, acessado e descomprimido por laminectomia no nível com lesão por via posterior, sem artrodese nem corpectomia	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D164, D166, D480	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.38-5	Tumor ósseo vertebral - tratamento cirúrgico	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias		
	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio		
	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade		
	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento		
	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 60, 90 dias e depois conforme necessidade	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	4.5 - TUMOR MEDULAR INTRA OU EXTRAMEDULAR (SEM ARTRODESE)	
Descrição do procedimento	Ressecção microcirúrgica de tumores intra ou extramedulares: tumores primários ou secundários; MAVs medulares, lesões inflamatórias/infecciosas;iringomielia; etc	
CIDs do Procedimento	C701, C720, D321, D329, D334, D434, D480, G952	
Indicação	Tumores de canal vertebral intra/extra dural, intra/extramedulares	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	TC, RM, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares	13B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Kit de duroplastia	01
	Kit laminotomia (se usado esta técnica)	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular com melhora déficits e dor, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	4.6 - TUMOR MEDULAR INTRA OU EXTRAMEDULAR (COM ARTRODESE)	
Descrição do procedimento	Ressecção microcirúrgica de tumores intra ou extramedulares: tumores primários ou secundários; MAVs medulares, lesões inflamatórias/infeciosas;iringomielia; etc	
CIDs do Procedimento	C701, C720, D321, D329, D334, D434, D480, G952	
Indicação	Tumores de canal vertebral intra/extra dural, intra/extramedulares e instabilidade de coluna	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares	13B
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transverso (“crosslink”) ²	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
Opção 2	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra
Itens complementares	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Enxerto sintético	01
	Kit duroplastia	01
	Kit laminotomia (se usado esta técnica)	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento, biópsia para anatomia patológica	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30 para avaliar anátomo-patológico, depois conforme necessidade para avaliar artrodese	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos	

Nome Procedimento	4.7 - LESÃO VERTEBRAL – BIÓPSIA DE COLUNA	
Descrição do procedimento	Coleta de fragmento de tumor vertebral ou lesões inflamatórias/infecciosas vertebral ou discal (espondilodiscite) para elucidação diagnóstica	
CIDs do Procedimento	C412, C795, D164, D166, D480	
Indicação	Tumores vertebrais primários, secundários e de comportamento desconhecido	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia óssea, Angiografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.03-2	Biópsia de coluna	5B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit de biópsia vertebral	01
	Par de luva radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Material mandado p/ anatomia patológica e/ou cultura com antibiograma	
Seguimento	Conforme resultado da material	
Rastreabilidade		
Comentários		

5. Deformidades e Malformações da Coluna Vertebral

Nome Procedimento	5.1 - ESCOLIOSE E OUTRAS DEFORMIDADES DA COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção de escoliose e outras deformidades da coluna vertebral de causa idiopática, neuromuscular, congênita, secundária, degenerativa	
CIDs do Procedimento	M401, M402, M404, M410-419, M962, M964, M965, Q763, Q764	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.10-5	Dorso curvo/escoliose/giba costal – tratamento cirúrgico	11A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
3.07.15.22-9	Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico	8C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos pediculares sólidos, massa lateral ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transversal (“crosslink”) ²	01
	Conectores de hastas tipo dominó (opcional)	Até 2
	Cages ³	
	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra
	Parafuso de Shanz	02/vértebra
	Implante torácico vertical expansível de titânio - VEPTR	01
	Barra de transição cervico-torácica	02
	Parafusos de íliaco e conectores	02
Itens complementares	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Enxerto sintético	01
	Kit duroplastia	01
	Kit laminotomia (se usado esta técnica)	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 5 dia(s)	Quarto 5 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa Arco em C Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Correção de deformidade da coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia + Consultas pós-op	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos 3. Cages PLIF (02), TLIF (01), LLIF (01 c/ trava), ALIF (01)	

Nome Procedimento	5.2 - MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS – CIRURGIA DESCOMPRESSIVA	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção/tratamento de malformação crânio-cervical com ou sem siringomielia (Ex., Malformação de Chiari), onde é realizado craniectomia suboccipital para descompressão fossa posterior, laminectomia dos arcos de C1, duroplastia de fossa posterior, descompressão medular, via posterior	
CIDs do Procedimento	B902, G952, M433-435, S120-122, S131, M500-502, M992, Q068, Q069, Q761, Q764, Q781, Q788, Q789, Q874	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares	13B
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	10B
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fístula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Kit duroplastia	01
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	5.3 - MALFORMAÇÕES CRANIOVERTEBRAIS – CIRURGIA DESCOMPRESSIVA + FIXAÇÃO OCCIPITO-CERVICAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para correção/tratamento de malformação crânio-cervical com ou sem siringomielia (Ex., Malformação de Chiari), onde é realizado craniectomia suboccipital para descompressão fossa posterior, laminectomia dos arcos de C1, duroplastia de fossa posterior, descompressão medular, seguida de fixação/artrodese occipito-cervical, via posterior. Este tratamento descrito se trata de cirurgia feita por via posterior, porém há casos que é necessária cirurgia por via anterior associada onde é feita descompressão e fixação com hardware apropriado	
CIDs do Procedimento	B902, G952, M433-435, S120-122, S131, M500-502, M992, Q068, Q069, Q761, Q764, Q781, Q788, Q789, Q874	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.35-0	Tratamento microcirúrgico das lesões intramedulares	13B
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	10B
3.02.15.02-1	Craniotomia descompressiva	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.68-9	Reconstrução com retalho da gálea aponeurótica	8C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Parafusos pediculares, massa lateral	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais	02
	Conector transverso (“crosslink”) ¹	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
	Placa occipito-cervical	01
Itens complementares	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Enxerto sintético	01
	Kit duroplastia	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Descompressão medular, melhora déficits e dor, estabilização do segmento	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Em caso de 02 ou mais segmentos	

Nome Procedimento	5.4 – DISRAFISMO ESPINHAL: TRATAMENTO CIRÚRGICO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para correção de malformação do tubo neural em nível espinhal, inclui todos os disrafismos abertos ou fechado/oculto. Os disrafismos abertos caracterizam cirurgia em caráter de emergência/urgência de recém-nascidos	
CIDs do Procedimento	Q010, Q011, Q012, Q050, Q051, Q052, Q053, Q055, Q056, Q057, Q058, Q063, Q069, Q070	
Indicação	Cirurgia corretiva para defeito genético do tubo neural	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Ultrassom craniano e coluna vertebral Rx do Crânio, TC do crânio, RM do Crânio	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.33-4	Tratamento cirúrgico do disrafismo	10B
3.07.15.32-6	Tratamento cirúrgico das malformações craniovertebrais	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico da fistula liquórica	10C
3.01.01.57-3	Extensos ferimentos - exérese e rotação de retalhos musculares	9A
3.01.01.55-7	Extensos ferimentos - exérese e rotação de retalho fasciocutâneo	9B
3.01.01.67-0	Plástica em Z ou W	4A
3.01.01.23-9	Curativo especial sob anestesia - por unidade topográfica (UT)	2C
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esonja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Kit duroplastia	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirador a vácuo • Coagulador monopolar e bipolar • Instrumento de magnificação cirúrgica (microscópio ou lupa) • Manta térmica 	
Resolutividade	Cura e plástica do defeito congênito	
Seguimento	Periódico pelo risco de hidrocefalia associado e fistula liquórica	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

6. Processos Infeciosos da Coluna Vertebral

Nome Procedimento	6.1 - OSTEOMIELE/DISCITE/ABCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR: TRAT. POR VIA ANTERIOR	
Descrição do procedimento	Debridamento, corpectomia e discectomia, drenagem de abscesso epidural, com substituição do corpo vertebral e descompressão medular, seguida de artrodese às vertebra adjacentes (um nível acima e um nível abaixo), por via anterior	
CIDs do Procedimento	M462, M860-866	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.07.15.21-0	Tratamento cirúrgico da osteomielite de coluna	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Placa para fixação anterior/anterolateral cervical/torácica/lombar	01
	Parafusos para fixação de placa anterior	02/vértebra
	Cimento ósseo	01/vértebra
	Cages ¹	01/segmento
Itens complementares	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Enxerto sintético	01
	Kit duroplastia	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa Arco em C Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Resolução do foco principal de infecção, estabilização do segmento acometido e material para cultura e direcionamento da antibioticoterapia	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Cages PLIF (02), TLIF (01), LLIF (01 c/ trava), ALIF (01), gaiola ou expansível	

Nome Procedimento	6.2 - OSTEOMIELEITE/DISCITE/ABCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR: TRAT. POR VIA POSTERIOR COM LAMINECTOMIA	
Descrição do procedimento	Debridamento, discectomia, drenagem de abscesso epidural, com descompressão medular, por via posterior	
CIDs do Procedimento	M462, M860-866	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.21-0	Tratamento cirúrgico da osteomielite de coluna	8B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
Internação Dias		
	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Resolução do foco principal de infecção, descompressão medular e material para cultura e direcionamento da antibioticoterapia	
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR	
Rastreabilidade		
Comentários		

Nome Procedimento	6.3 - OSTEOMIELOTE/DISCITE/ABCESSO EPIDURAL COM OU SEM COMPRESSÃO MEDULAR: TRAT. POR VIA POSTERIOR COM LAMINECTOMIA + ARTRODESE		
Descrição do procedimento	Debridamento, discectomia, drenagem de abscesso epidural, com substituição do corpo vertebral e laminectomia do nível lesado, seguida de artrodeose às vertebra adjacentes (dois níveis acima e dois níveis abaixo), por via posterior		
CIDs do Procedimento	M462, M860-866		
Indicação			
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência	
Contra-Indicação	Coagulopatia descompensada		
Exames da Indicação	Rx, TC, RM, Cintilografia		
Códigos CBHPM			
	Descrição	Porte	
3.07.15.21-0	Tratamento cirúrgico da osteomielite de coluna	8B	
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C	
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C	
3.07.15.01-6	Artrodeose da coluna com instrumentação por segmento	10B	
3.07.15.02-4	Artrodeose de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B	
3.07.15.28-8	Substituição de corpo vertebral	10B	
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B	
OPMEs			
	Descrição	Quantidade	
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos, massa lateral ou canulados ¹	02/vértebra	
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra	
	Hastes longitudinais ou occipito-cervical	02	
	Conector transverso ("crosslink") ²	01	
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2	
Opção 2	Cage ³	01/segmento	
	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra	
	Itens complementares	Kit hemostático	01
		Brocas de drill	02
		Enxerto sintético	01
		Kit duroplastia	01
		Kit laminotomia (se laminotomia)	01
Par de luvas radiopaca		02	
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 12 dia(s)	
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 		
Resolutividade	Resolução do foco principal de infecção, estabilização do segmento acometido e material para cultura e direcionamento da antibioticoterapia		
Seguimento	Fisioterapia e consultas dentro de 30, 90, 180 dias com hemoculturas, hemograma, PCR		
Rastreabilidade			
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos 3. Cages PLIF (02), TLIF (01), LLIF (01 c/ trava), ALIF (01); Cilindro ou gaiola standard ou expansível		

7. Procedimentos para Controle de Dor

Nome Procedimento	7.1 – INFILTRAÇÃO DE COLUNA (DOR AXIAL E/OU RADICULAR)	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado com anestésico local e/ou corticoide nas articulações ou intradiscais da coluna vertebral, forames e espaço peridural no tratamento das dores axiais ou radiculares de coluna vertebral. Também utilizado para controle de dor cóccix.	
CIDs do Procedimento	M542, S134, M546, S233, M545, S335, S337	
Indicação	Controle de dor axial e/ou radicular, dor do cóccix	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
4.08.13.36-3	Coluna vertebral: infiltração foraminal ou facetária ou articular*	5A
3.16.0216-9	Bloqueio peridural ou subaracnóideo com corticóide	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
Internação Dias		
	UTI x dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio		
	• Arco em C	
Resolutividade		
	Quebra do ciclo agudo de crise de dor na coluna vertebral	
Seguimento		
	Fisioterapia. Retornar ao consultório após fisioterapia	
Rastreabilidade		
	Sim	
Comentários		
	*Valor final deste código será multiplicado pelo número segmentos facetários e neuroforames infiltrados. Pode ser utilizado em casos emergenciais em que a dor não alivia com medicações habituais realizadas no pronto-atendimento	

Nome Procedimento	7.2 – RIZOTOMIA DE FACETAS POR MÉTODO QUÍMICO	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a rizotomia do ramo posterior de Luska no controle da dor facetaria por método químico. Serve também como teste diagnóstico-terapêutico antes da rizotomia por radiofrequência.	
CIDs do Procedimento	M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.1, M51.2, M51.3, M51.4, M51.8, M51.9, M53.0, M53.1, M53.2, 53.3, M53.8, M53.9, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9	
Indicação	Alívio da dor na coluna vertebral	
Caráter da Indicação	(X) Eletiva	(X) Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit descartável de cânula infusora integrada ou não com eletrodo de estimulação	01
	Solução neurolítica (glicerol, álcool absoluto, outros)	20 ml
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias	UTI x dia (s)	Quarto 1 dia (s)
Anestesia	(X) Sim	() Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Arco em C 	
Resolutividade	Alívio da dor axial na coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia e observar porcentagem de melhora da dor. Retornar após fisioterapia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.3 – RIZOTOMIA DE FACETAS POR RADIOFREQUÊNCIA	
Descrição do procedimento	Procedimento realizado por técnica percutânea para a rizotomia do ramo posterior de Luska no controle da dor facetaria.	
CIDs do Procedimento	M47.0, M47.1, M47.2, M47.8, M47.9, M50.0, M50.1, M50.2, M50.3, M50.8, M50.9, M51.1, M51.2, M51.3, M51.4, M51.8, M51.9, M53.0, M53.1, M53.2, 53.3, M53.8, M53.9, M54.1, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M54.8, M54.9	
Indicação	Alívio da dor na coluna vertebral	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.03.33-6	Rizotomia percutâneo por segmento – qualquer método	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Kit cânula descartável de rizotomia por radiofrequência	02 agulhas
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias		
	UTI x dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Arco em C • Gerador de radiofrequência 	
Resolutividade	Alívio da dor axial na coluna vertebral	
Seguimento	Fisioterapia e observar porcentagem de melhora da dor. Retornar após fisioterapia	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.4 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU DE NERVO PERIFÉRICO I (Técnica percutânea – Fase Teste)	
Descrição do procedimento	Passagem de eletrodo no espaço epidural ou em nervo periférico para fase de testes de estimulação na avaliação do tratamento cirúrgico da dor crônica por este método. Na fase teste não há o implante do gerador para estimulação elétrica ainda	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Teste de analgesia e determinação de alvo para estimulação.	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoideo c/ bloqueio de prova	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	01
	Cabos extensores	02
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias		
	UTI xx dia(s)	Quarto 03 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Arco em C	
Resolutividade	Melhora da dor > 50% na fase teste	
Seguimento	Diário até implante definitivo do gerador ou alta	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.5 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR E/OU NERVO PERIFÉRICO II (Técnica percutânea – Fase do Implante)	
Descrição do procedimento	Passagem de eletrodo no espaço epidural ou em nervo periférico com implante definitivo de eletrodo e gerador para estimulação elétrica	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral*	10A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
3.16.02.22-3	Passagem de Cateter peridural ou Subaracnoideo c/ bloqueio de prova*	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	1-2
	Cabos extensores	02
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Arco em C	
Resolutividade	Controle da dor crônica	
Seguimento	Periódico mensal para programações do neuroestimulador até ajustar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários	*Caso o eletrodo implantado em definitivo for o mesmo eletrodo teste, não cobrar este código nesta etapa.	

Nome Procedimento	7.6 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase Teste)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica através do implante de eletrodo para estimulação medular elétrica com via de acesso através de laminectomia. Na fase teste não há o implante do gerador para estimulação elétrica ainda	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação percutâneo	1-2
	Cabos extensores	02
KID LAMINOPLASTIA	Fresa para laminotomia ou piezoelétrico	01
	Míniplaca	02
	Parafusos automachiáveis p/ cada lamina vertebral aberta	
KIT HEMOSTASIA	Hemostáticos polímero de celulose oxidado para hemostasia ou hemostático de fibrina	01
	Hemostático absorvível de colágeno	01
	Esponja de gelatina absorvível	01
	Cotonóides em 3 tamanhos (pequeno, médio e grande)	01
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Radioscopia, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Melhora da dor > 50% na fase teste	
Seguimento	Diário até implante definitivo do gerador ou alta	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.7 – ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA MEDULAR (Técnica por Laminectomia – Fase do Implante)	
Descrição do procedimento	Tratamento cirúrgico da dor crônica através do implante de eletrodo e gerador para estimulação medular elétrica com via de acesso através de laminectomia	
CIDs do Procedimento	R521	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.01.10-4	Implante de eletrodos medular ou cerebral	10A
3.14.03.14-0	Implante de gerador para neuroestimulação	8A
4.01.03.43-9	Impedanciometria	2B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit eletrodo de neuroestimulação em placa	1-2
	Kit hemostasia	01
	Kit laminoplastia (se opção por laminotomia)	01
	Neuroestimulador não-recarregável ou recarregável (incluindo Kit de recarga)	01
	Controle pessoal de terapia do paciente	01
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias	UTI xx dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Radioscopia, Aspirador a vácuo, arco em C	
Resolutividade	Controle de dor crônica	
Seguimento	Periódico mensal para programações do neuroestimulador até ajustar	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

Nome Procedimento	7.8 – REVISÃO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULAÇÃO	
Descrição do procedimento	Cirurgia realizada para revisão do sistema de neuroestimulação) afim de manter o seu funcionamento adequado	
CIDs do Procedimento	M797, R520, R521	
Indicação	Restaurar a eficiência do sistema de neuroestimulação	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.14.01.22-8	Revisão de sistema de neuroestimulação	3C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Qualquer dispositivo de neuroestimulação que esteja em mal-funcionamento ou infectado (eletrodos, cabos extensores, conectores, gerador/Neuroestimulador, controle pessoal do paciente, etc)	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 1 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Radioscopia	
Resolutividade	Restaurar o sistema de neuromodulação	
Seguimento	Periódico para programações do neuroestimulador	
Rastreabilidade		
Comentários	O sistema de neuromodulação implantado é constituído por eletrodo, cabo extensor e neuroestimulador. Os códigos solicitados (adicionais) dependem da parte do sistema comprometida, assim como, do local de implante do eletrodo (cerebral, medular ou nervo periférico)	

Nome Procedimento	7.9 – RIZOTOMIA SELETIVA OU SUPERSELETIVA PARA ESPASTICIDADE	
Descrição do procedimento	Cirurgia aberta da coluna vertebral realizada para tratamento de espasticidade com desconexão cirúrgica total ou parcial de nervos periféricos para inibir o circuito hiperestimulado do arco-reflexo	
CIDs do Procedimento	G500, G501, G508, G509, R102, R521, R610, R611, R619	
Indicação	Implante do eletrodo para Analgesia em segmento corporal	
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada, vigência de infecção local ou sistêmica	
Exames da Indicação	RM	
Códigos CBHPM		
	Descrição	Porte
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.14.03.12-3	Exploração cirúrgica de nervos (Neurólise externa)	5B
3.14.03.21-2	Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico	2B
OPMEs		
	Descrição	Quantidade
	Campo cirúrgico adesivo estéril	01
	Kit hemostasia	01
	Kit laminoplastia (se opção por laminotomia)	01
	Cola biológica ou selante dural 5 ml	01
Internação Dias	UTI 0 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	Radioscopia, Aspirador a vácuo, coagulador monopolar e bipolar, microscópio cirúrgico	
Resolutividade	Melhora da espasticidade	
Seguimento	Conforme necessidade	
Rastreabilidade	Sim	
Comentários		

8. Outros Procedimentos para Coluna Vertebral

Nome Procedimento	8.1 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para retirada de corpo estranho de qualquer natureza da coluna vertebral (projétil, arma branca, fragmentos de qualquer natureza comprimindo canal vertebral, etc)	
CIDs do Procedimento	M509, S112, S117, S119, S142, T019, T060, T08, T091	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input type="checkbox"/> Eletiva	<input checked="" type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clínica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.26-1	Retirada de corpo estranho - tratamento cirúrgico	8B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.15.09-1	Descompressão medular e/ou cauda equina	9C
3.14.01.26-0	Tratamento cirúrgico de fistula liquórica*	10C
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
	Kit duroplastia*	01
	Par de luva radiopaca	01
Internação Dias	UTI 1 dia(s)	Quarto 3 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa Arco em C Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Retirada de corpo estranho	
Seguimento	Acompanhar ferida operatória pelo risco de fistula	
Rastreabilidade		
Comentários	*Quando o corpo estranho violar os envoltórios meníngeos causando fistula liquórica	

Nome Procedimento	8.2 - RETIRADA DE IMPLANTES/PSEUDOARTROSE DE COLUNA VERTEBRAL	
Descrição do procedimento	Cirurgia para tratamento de pseudoartrose de coluna vertebral, reposicionamento dos implantes, revisão da artrodese.	
CIDs do Procedimento	B902, B91, C410, C412, C700, C701, C720, C721, C795, D164, D166, D480, G600, G800, G801, G802, G808, G810, G811, G819, G810, G811, G819-G825, G952, G958, M069, M072, M146, M401-404, M410-M415, M419-421, M429, M430-436, M480, M960-966, T840-849, T911, T913, T918, T919	
Indicação		
Caráter da Indicação	<input checked="" type="checkbox"/> Eletiva	<input type="checkbox"/> Urgência
Contra-Indicação	Instabilidade clinica descompensada	
Exames da Indicação	Rx, TC, RM	
Códigos CBHPM	Descrição	Porte
3.07.15.24-5	Pseudartrose de coluna - tratamento cirúrgico	9C
3.07.15.27-0	Retirada de material de síntese – tratamento cirúrgico	8A
3.07.15.01-6	Artrodese da coluna com instrumentação por segmento	10B
3.07.15.02-4	Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral	10B
3.07.15.19-9	Laminectomia ou laminotomia	9C
3.07.32.02-6	Enxerto ósseo	8B
4.08.11.02-6	Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)	2B
OPMEs	Descrição	Quantidade
Opção 1	Parafusos pediculares sólidos, massa lateral ou canulados ¹	02/vértebra
	Bloqueadores ou porca travas	02/vértebra
	Hastes longitudinais ou occipto-cervical	02
	Conector transverso (“crosslink”) ²	01
	Conectores de hastes tipo dominó (opcional)	Até 2
	Cage ³	01/segmento
Opção 2	Ganchos laminares/pediculares	02/vértebra
Itens complementares	Kit hemostático	01
	Brocas de drill	02
	Enxerto sintético	01
	Kit duroplastia	01
	Kit laminotomia (se usado esta técnica)	01
	Par de luvas radiopaca	02
Internação Dias	UTI 3 dia(s)	Quarto 4 dia(s)
Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Equipamentos de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais para magnificação cirúrgica: microscópio ou lupa • Arco em C • Neuromonitoramento intraoperatório 	
Resolutividade	Após 6 meses	
Seguimento	Mínimo de 6 meses com exames de imagem para acompanhar processo de artrodese	
Rastreabilidade		
Comentários	1. Parafusos canulados serão requisitados em caso de necessidade de infusão de cimento pela cânula do parafuso 2. Em caso de 02 ou mais segmentos 3. Cages PLIF (02), TLIF (01), LLIF (01 c/ trava), ALIF (01); Cilindro ou gaiola standard ou expansível	

MANUAL DE DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO EM CIRURGIA DE COLUNA VERTEBRAL

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