ANEXO ÚNICO

LEI Nº. 5.102, DE 18 DE AGOSTO DE 2022

Doenças orgânicas, não exatamente caracterizadas como deficiências				
C ID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
B91	**Sequela de Poliomielite**	1.Somente com sequelas que levem a atrofia ou deformidades de membros, corrigidas ou não com aparelhos ou órteses. 2.Formulário de Solicitação descrevendo o(s) membro(s) afetado(s), as sequelas neurológicas e a utilização ou não de aparelhos ou órteses. 3.Documentos/exames: a. laudo de exame de ENMG compatível com a sequela.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
B92	**Sequela de Hanseníase**	1.Somente com sequelas que levem a atrofia ou deformidades de membros 2.Formulário de Solicitação descrevendo os membros afetados e a sequela neurológica. 3.Documentos/exames: a.Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor ou sensitivo-motor grave ou b.Laudo de exame de Raio-X do membro afetado ou c.Tabela (escala) de incapacidade preenchida pelo médico dermatolgista.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos

Neoplasias				
C ID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
C00 a C97	**Neoplasias (Tumores) Malignas(os)**	Para neoplasia maligna em estadio I, II e III: 1.Somente na vigência de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia parenteral. 2.Não serão incluídos quimioterapia ou hormonioterapia oral ou tópica. 3.Formulário de solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento, especificando a medicação em uso e a forma de administração. 4.Cópia do laudo de exame anatomopatológico (biópsia / peça cirúrgica) comprobatório da neoplasia. Para neoplasia maligna em estadio IV: 1.Formulário de solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento, especificando o tratamento em curso. 2.Cópia do laudo de exame anatomopatológico (biópsia / peça cirúrgica) comprobatório da neoplasia. 3.Cópia de exames complementares utilizados para definir o estadiamento.	Sim	Estagio I, II eIII: 1 ano Estagio IV: 4 anos

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
E34.3	**Nanismo não classificado em outra parte**	1.Somente para nanismo com estatura final inferior a 140 cm. 2.Documentos/exames: a. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal; ou b. Curva de crescimento abaixo do percentil 25%.	Não	4 anos

Transtornos Mentais e Comportamentais				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
F01	**Demência Vascular**	1.Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2.Cópia de resultado de Mini-mental ou equivalente ou avaliação neuropsicológica, **realizados nos últimos 12 meses**;	Sim	4 anos

		3.Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.		
F06	**Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo a doença de base com respectiva CID, as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2.Cópia do resultado do Mini-Mental ou avaliação neuropsicológica, **realizados nos últimos 12 meses**. 3.Laudo de exame comprobatório da patologia ou histórico de internação. 4.Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação com até 03 meses da emissão.	Sim	2 anos
F07	**Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo a doença de base com respectiva CID, as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. Laudo de exame comprobatório da patologia ou histórico de internação.	Sim	2 anos
F19	**Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra informando que a pessoa se encontra em tratamento, contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais, as drogas desencadeantes do processo e limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de comprovante do tratamento atual.	Sim	1 ano
F20	**Esquizofrenia**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
F21	**Transtorno esquizotípico**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão.	Sim	2 anos
F24	**Transtorno delirante induzido**	1.Formulário de Solicitação emitido somente por Psiquiatra descrevendo delírio compartilhado por 02 ou mais pessoas, as alterações mentais presentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal.	Sim	1 ano
F25	**Transtornos esquizoafetivos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica e/ou estabilizador do humor com até 03 meses da emissão.	Sim	2 anos
F29	**Psicose não orgânica não especificada**	1.**Válido somente na primeira solicitação.** 2.Formulário de Solicitação emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. **3.** Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação antipsicótica com até 03 meses da emissão. Casos que necessitem de renovação e que persistam com limitações, deverão ser enquadrados com CID do transtorno	Sim	1 ano

		mental especificado.		
F70	**Retardo Mental Leve**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2.A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades deverá estar detalhada em Relatório Funcional emitido por Psicólogo. 3.Na falta do Relatório Funcional, poderá ser encaminhado cópia do Plano Educacional Individualizado (PEI) ou cópia de Teste de QI. 4.Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.	Com acompanhante até18 anos. Sem acompanhante após 18 anos.	4 anos
F71	**Retardo Mental Moderado**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2.A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional. 3.Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.	Sim	4 anos
F72	**Retardo Mental Grave**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2.A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo. 3.Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.	Sim	4 anos
F73	**Retardo Mental Profundo**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2.A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional. 3.Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.	Sim	4 anos
F83	**Transtornos específicos mistos do desenvolvimento**	1.Somente até 18 anos de idade. 2.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra ou Pediatra com descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e descrição das limitações nos aspectos de: a. comunicação; b. aprendizagem e aplicação do conhecimento; c. mobilidade. 3. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional ou Fonoaudiólogo.	Sim	4 anos
F84	**Transtornos globais do desenvolvimento**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a.comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Sim	4 anos
F90	**Transtornos hipercinéticos**	1.Somente na faixa etária entre 06 e 18 anos. 2.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais, o prejuízo e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação do conhecimento;	Sim	2 anos

		b. relações e interação interpessoal; c. convívio social. 3.A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo. 4.Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.		

Doenças do Sistema Nervoso				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
G04	**Encefalite, mielite e encefalomielite**	Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 12 meses)**: a. Relatório de alta hospitalar ou; b. Laudo de exame de LCR ou; c. Laudo de TC ou RNM de crânio ou coluna. Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .	Sim	1 ano
G09	**Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de LCR ou; b. Laudo de TC ou RNM de crânio ou coluna.	Sim	4 anos
G10	**Doença de Huntington**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Teste genético.	Sim	4 anos
G11	**Ataxia hereditária**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Teste genético ou; b. Laudo de RNM de crânio.	Sim	4 anos
G12	**Atrofia muscular espinal esíndromes correlatas**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Teste genético.	Sim	anos
G20	**Doença de Parkinson**	1.Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
G21	**Parkinsonismo secundário**	1.Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a etiologia e aslimitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade.	Sim	4 anos

		c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.		
G25.5	**Outras formas de Coréia**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal.	Sim	anos
G25.9	**Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, não especificados**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal.	Sim	4 anos
G30	**Doença de Alzheimer**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Geriatra ou Generalista descrevendo as limitações para duas oumais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Cópia de resultado de Mini-mental **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica **realizado nos últimos 12 meses**. 3.Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
G31	**Outras doenças degenerativasdo sistema nervoso, não classificadas em outra parte.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Cópia de resultado de Mini-mental **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica **realizado nos últimos 12 meses**. **3.**Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação com até 03 meses da emissão**.**	Sim	4 anos
G35	**Esclerose Múltipla**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a limitação para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames **(validade de até 04 anos)**: a. Laudo de RNM de crânio ou coluna; 3.Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível.	Sim	4 anos
G36	**Outras desmielinizações disseminadas agudas**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames **(validade de até 04 anos)**: a. Laudo de RNM de crânio ou coluna; 3.Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível.	Sim	4 anos
G37	**Outras doenças desmielinizantes do sistemanervoso central**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades:	Sim	4 anos

		a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Laudo de RNM de crânio ou coluna **(validade de até 04 anos)**; 3.Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível.		
G54	**Transtornos das raízes e dos plexos nervosos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de ENMG **(validade de até 04 anos)** ou b. Relatório funcional emitido por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.	Não: unilateralSim: bilateral	1 ano
G55.0	**Compressões das raízes e dosplexos nervosos em doenças neoplásicas**	1.Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base,intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da sequela; 2.Documentos / exames: a. Laudo do exame anátomopatológico da neoplasia citada (no caso de neoplasia de mama, comprovar esvaziamento axilar) ou; **b.** Laudo de exame de ENMG **(validade de até 04 anos).**	Não	1 ano
G55.1	**Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornosdos discos intervertebrais**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de TC ou RM de coluna, **realizado nos últimos 04 anos**, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componentediscal com compressão de raiz" ou equivalente ou; b. Laudo de exame de ENMG, **realizado nos útimos 04 anos**, descrevendo comprometimento motor radicular grave.	Não	2 anos
G55.2	**Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular/comprometimento neural, a limitação motora e e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de TC ou RNM de coluna, **realizado nos últimos 04 anos**, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componentediscal com compressão de raiz" ou equivalente ou; b. Laudo de exame de ENMG, **realizado nos últimos 04 anos**, descrevendo comprometimento motor radicular grave.	Não	2 anos
G60	**Neuropatia Hereditária eldiopática**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, grau de força muscular e e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ouequivalente ou b. Descrição de outro meio diagnóstico compatível.	Sim	4 anos
G61	**Polineuropatia inflamatória**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, grau de força muscular e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, **realizado nos últimos 04 anos**, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. **Obrigatório na 1ª solicitação**.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros	4 anos

			inferiores)	
G62	**Outras polineuropatias**	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e as limitaçõespara as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, **realizado nos útlimos 04 anos**, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. **Obrigatório na 1ª solicitação**.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros inferiores)	4 anos
G63	**Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte**	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e as limitaçõespara as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, **realizado nos últimos 4 anos**, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. **Obrigatório na 1ª solicitação**.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros inferiores)	4 anos
G70	**Miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2.Documentos / exames: a. dosagem de anticorpos antireceptor de acetilcolina ou; b. Laudo de exame de ENMG compatível. 3.Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 3 meses da emissão.	Sim	4 anos
G71	**Transtornos primários dosmúsculos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG compatível ou; b. teste genético ou; c. biópsia muscular.	Sim	4 anos
G80	**Paralisia Cerebral**	1.Formulário de Solicitação descrevendo o tratamento, sequelas motoras ou cognitivas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades da vida diária; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal. 2.A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcionalemitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	4 anos
G81	**Hemiplegia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou; b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou; c. Laudo de exame de ENMG.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros	4 anos

			inferiores) ou comprometimento cognitivo	
G82	**Paraplegia e tetraplegia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou c. Laudo de exame de ENMG.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	4 anos
G83	**Outras síndromes paralíticas**	1.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; **2.**Documentos / exames **(validade de até 04 anos):** a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou c. Laudo de ENMG.	Não: unilateralSim: bilateral	4 anos
G91	**Hidrocefalia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo tratamento, sequelas motoras ou cognitivas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade 3.Documentos / exames: a. laudo de TC de crânio ou b. laudo de RNM de crânio ou; c. Relatório de alta de internação.	Sim	2 anos
G93.4	**Encefalopatia não especificada**	Somente associada a doença orgânica enquadradas nas CIDs K70 a K74. 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Psiquiatra, ou Médico Triador de Transplante Hepático descrevendo o estadiamento atual da doença de base. 2.Documentos / exames: a. Relatório de alta de internação. b. Resultado de MELD ou equivalente **(validade de até 06 meses)**.	Sim	1 ano

Doenças do Olho e Anexos / Doenças dos Ouvidos e das Apófises Mastóides				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
H54.0	**Cegueira, ambos os olhos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual inferior a 0,05 com a melhor correção no melhor olho ou; b. Campo Visual Tubular inferior a 10°, no melhor olho.	Sim	4 anos
H54.1	**Cegueira em um olho e visão subnormal em outro**	1.Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia, o lado afetado pela cegueira e a acuidadevisual do olho contralateral, informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda com ângulo de 5° - 10°.	Sim	4 anos
H54.2	**Visão subnormal em ambos osolhos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 da visão bilateral com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda bilateral com ângulo de 5° - 10°.	Sim	4 anos
H90	**Perda de audição por transtornode**	1.Nos casos de deficiência auditiva neurossensorial ou mista, bilateral e de grau moderado ou superior,	Não	4 anos

	condução e/ou neurosensorial	conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 40 decibéis). 2.Documentos / exames **(validade de até 12 meses)**: a. Audiometria ou; b. BERA.		

Doenças do Aparelho Circulatório				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
I60	**Hemorragia subaracnóide**	**Somente com até um ano da data do evento vascular.** 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, ograu de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou; b. Laudo de RNM de crânio ou; c. Resumo de alta hospitalar. Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .	Sim	1 ano
I64	**Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico**	**Somente com até um ano da data do evento vascular.** 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, ograu de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou; b. Laudo de RNM de crânio ou; c. Resumo de alta hospitalar. Casos com mais de um ano do diagnóstico com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .	Sim	1 ano
I69	**Sequelas de doenças cerebrovasculares**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, ograu de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio **(validade de até 04 anos)** ou; b. Laudo de RM de crânio **(validade de até 04 anos)**; 3.Em casos de sequela cognitiva: a. Cópia de resultado de Mini-Mental ou equivalente, **realizado nos últimos 12 meses**; b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica, **realizada nos últimos 12 meses**; 4.A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcionalemitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual a grau 3 em membros inferiores) ou comprometimento cognitivo	2 anos
I89	**Outros transtornos não infecciosos dos vasos linfáticose dos gânglios linfáticos**	Exceto casos de obesidade grau III (IMC > 40) ou de insuficiência vascular periférica; 1.Formulário de Solicitação descrevendo elefantíase, linfedema estágio III, ou membro acometido > 40% do contralateral e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames:	Não	2 anos

		a. Linfocintilografia compatível.		
I97.2	**Síndrome do Linfedema Pós-Mastectomia**	1.Somente para os casos em que: a. a doença de base estiver enquadrada na CID C50 - "Neoplasia Maligna da Mama" e cujo tratamento tenha envolvido, necessariamente, esvaziamento axilar e b. exista perda da mobilidade no membro superior do lado comprometido com abdução abaixo de 60° 2.Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base,intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da sequela; 3.Cópia do laudo de exame anatomopatológico comprobatório da neoplasia maligna de mama e do esvaziamento axilar.	Não	2 anos

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
M05	**Artrite reumatóide**	1.Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas ou deformidades existentes e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de fator reumatóide ou anti-CCP positivo e/ou; b. Laudo de RX de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **realizado nos útlimos 12 meses** ou c.Laudo de RNM de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **validade de até 04 anos**. 3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	2 anos
M06	**Outras artrites reumatóides.**	1.Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas ou deformidades existentes e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de fator reumatóide ou anti-CCP positivo e/ou; b. Laudo de RX de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **realizado nos útlimos 12 meses** ou c.Laudo de RNM de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **realizada nos últimos 04 anos.** 3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	2 anos
M08	**Artrite juvenil**	1.Formulário de Solicitação descrevendo início da artrite antes dos 16 anos, articulações acometidas ou deformidades existente e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de FAN ou fator reumatóide ou HLA B27 positivou ou; b. Laudo de RX de articulações acometidas com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **realizado nos últimos 12 meses ou** c.Laudo de RNM de articulações cometidas com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, **realizada nos últimos 04 anos.** 3.Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	2 anos
M12.5	**Artropatia Traumática**	Somente em grandes articulações. 1.Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de RX do segmento comprometido, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. Laudo de RNM do segmento comprometido **realizada nos últimos 04 anos**.	Não	2 anos
M15.0, M15.3 eM15.4	**Poliartrose**	1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Reumatologista, descrevendo comprometimento em duas ou maisgrandes articulações - joelhos, quadris, tornozelos, cotovelos, ombros (exceto articulação acromioclavicular) ou	Não	2 anos

		punhos - eas limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de articulações acometidas, **realizado nos últimos 12 meses**, descrevendo artrose grau 3 ou4 das articulações citadas no relatório médico ou b. Laudo de exame de TC ou RNM de articulações acometidas, **realizados nos últimos 04 anos**, descrevendo artrose grau 3 ou 4 das articulações citadas no relatório médico		
M16	**Coxartrose (artrose do quadril)**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a.mobilidade; b.autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a.Laudo de exame de RX de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 12 meses**, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4 ou b.Laudo de exame de TC ou RNM de quadril ou bacia, **realizados nos últimos 4 anos**, descrevendo artropatia degenerativa do quadril grau 3 ou 4. Casos de pós-operatório de artroplastia e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	4 anos
M17	**Gonartrose (artrose do joelho)**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de joelho, realizado nos últimos 12 meses, descrevendo artropatia degenerativa do joelho grau 3 ou 4 tricompartimental ou b. Laudo de exame de TC ou RNM de joelho, realizados nos últimos 4 anos, descrevendo artropatia degenerativa do joelho grau 3 ou 4 tricompartimental. Casos de pós-operatório de artroplastia e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	4 anos
M19	**Outras artroses**	1.Formulário de Solicitação descrevendo comprometimento em grandes articulações - tornozelo, cotovelo ou ombro(exceto articulação acromioclavicular) e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de tornozelo, cotovelo ou ombro, **realizado nos últimos 12 meses**, descrevendo artropatia degenerativa grau 3 ou 4 ou b. Laudo de exame de TC ou RM de tornozelo, cotovelo ou ombro, **realizados nos últimos 04 anos**, descrevendo artropatia degenerativa grau 3 ou 4. Casos de pós-operatório de artroplastia ou artrodese e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	4 anos
M21.5	**Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as deformidades, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a.mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a.Laudo de exame de RX do segmento comprometido, **realizado nos últimos 12 meses** ou **b.** Laudo de exame de TC ou RNM do segmento comprometido, **realizados nos últimos 4 anos.**	Não	2 anos
M21.8	**Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros**	Somente para deformidades com prejuízo funcional da amplitude de movimento do membro. 1.Formulário de Solicitação descrevendo as deformidades, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX do segmento comprometido, realizado nos últimos 12 meses ou; b. Laudo de exame de TC ou RNM do segmento comprometido, realizados nos últimos 04 anos.	Não	4 anos
M32	**Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)**	1.Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista ou Nefrologista descrevendo as alterações em órgãos-alvorelacionadas ao lúpus, articulações acometidas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades:	Não	2 anos

		a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de FAN e b. Cópia de exame de anti-DNA ou anti-Sm ou anti-P ou anti-RNP ou anti-Ro (SSA) ou anti-La (SSB) e c.Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.		
M34.0	**Esclerose sistêmica progressiva**	1.Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista descrevendo alterações em órgãos-alvo relacionadas a esclerose sistêmica, deformidades e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames a. Laudo de exame de FAN (padrão centromérico); e/ou b. Cópia de exame de anti-Scl70 ou anti-centrômero. c.Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	2 anos
M40	**Cifose e Lordose**	Somente quando constatada "angulação maior ou iguar a 40°" calculado pelo método de Cobb. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ourespiratória) e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; c.convívio social. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de coluna dorsal, **realizado nos últimos 12 meses**. b. Laudo de exame de TC ou RM de coluna, **realizados nos últimos 04 anos**.	Não	2 anos
M41	**Escoliose**	Somente quando constatada "angulação maior ou iguar a 45° latero-lateral" calculado pelo método de Cobb. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ourespiratória) e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; c.convívio social. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de coluna panorâmico, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. Laudo de exame de TC ou RNM de colunas, **realizados nos últimos 04 anos**.	Não	2 anos
M42	**Osteocondrose da coluna vertebral**	Somente quando constatada "angulação maior ou iguar a 40° calculado pelo método de Cobb. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ourespiratória) e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; c.convívio social. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de coluna dorsal, **realizado nos últimos 12 meses**; b. Laudo de exame de TC ou RNM de coluna, **realizados nos últimos 04 anos**.	Não	2 anos
M45	**Espondilite ancilosante**	1.Formulário de Solicitação emitido por Reumatologista descrevendo as articulações acometidas, deformidades e aslimitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; 2.Documentos / exames: a. Laudo de RX, **realizado nos últimos 12 meses**, de articulações sacroilíacas com descrição de sacroiliíte bilateral, anquilose de articulações sacroilíacas, edema ósseo ou erosões, ou de coluna com descrição de osteíte de cantos vertebrais, sindesmófitos ou coluna em bambu; ou b. Laudo de RNM, **realizada nos últimos 04 anos**, de articulações sacroilíacas com descrição de sacroiliíte bilateral, anquilose de articulações sacroilíacas, edema ósseo ou erosões, ou de coluna com descrição de osteíte de cantos vertebrais, sindesmófitos ou coluna em bambu ou c.Laudo de exame de HLA B27 positivo; 3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	4 anos

M47.1	**Outras espondiloses com mielopatia**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida; b. mobilidade; 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 04 anos)**: a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou "compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou b.Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave. Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente	Não	1 ano
M50.0	**Transtornos dos discos cervicais com mielopatia.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 04 anos)**: a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou"compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave. Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente	Não	2 anos
M50.1	**Transtornos dos discos cervicais com radiculopatia.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 04 anos)**: a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou"compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou; b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave. Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente	Não	2 anos
M51.0	**Transtornos de discos lombarese de outros discos intervertebrais com mielopatia.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 04 anos)**: a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou"compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou; b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave. Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .	Não	2 anos
M51.1	**Transtornos de discos lombarese de outros discos intervertebrais com radiculopatia.**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesãoradicular, o comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade; 2.Documentos / exames **(realizados nos últimos 04 anos)**: a. Laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou"compressão medular com alteração de sinal" ou "mielomalácia" e/ou b. Laudo de exame de ENMG descrevendo comprometimento motor radicular grave. Casos de pós-operatório de artrodese de coluna com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a	Não	2 anos

		limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .		
M75.1	**Síndrome do Manguito Rotador**	Somente para os casos de rotura completa de tendões do manguito rotador comprovada por RM de ombro 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Médico do Trabalho descrevendo a lesão, a limitação motora e aslimitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames a. Laudo de exame de RNM ou US de ombro, **realizado nos últimos 04 anos**. Casos de pós-operatório com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora sequelar e deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente .	Não	2 anos
M80	**Osteoporose com fratura patológica**	Somente com fratura patológica de: a. fêmur; b. úmero; c.rádio ou; d. 03 ou mais vértebras. 1.Formulário de Solicitação descrevendo as alterações motoras sequelares e limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de densitometria óssea descrevendo osteoporose com T score < -2,5 em coluna lombar ou femur, realizada nos últimos 02 anos e b. Laudo de exame de RX do segmento afetado pela fratura, **realizado nos últimos 12 meses** ou c.Laudos de exame de TC ou RNM do segmento afetado pela fratura, **reallizado nos últimos 04 anos**.	Sim	2 anos
M86	**Osteomielite**	Somente para ossos longos ou coluna vertebral. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Infectologista, descrevendo as alterações motoras, medicaçãoutilizada, intervenções cirúrgicas e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX do segmento comprometido, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. Laudo de exame TC ou RNM do segmento comprometido, **realizado nos útlimos 04 anos**. 3.Cópia do receituário médico comprovando o uso de antimicrobiano com até 03 meses da emissão. Casos de osteomielite prévia com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não Sim: para paciente com idade menor que 18 anos	1 ano
M87	**Osteonecrose**	Somente em grandes articulações (joelhos, quadris, tornozelos, cotovelos, ombros) 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista, Reumatologista ou Fisiatra descrevendo os membros comprometidos, a etiologia, as deformidades, o tratamento realizado e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX do segmento comprometido, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. Laudo de exame TC ou RNM do segmento comprometido, **realizado nos útlimos 04 anos**.	Não	2 anos
M88	**Doença de Paget do osso (osteíte deformante)**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as alterações, segmentos afetados e as limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM de articulação que comprovem deformidade óssea, fratura de ossos longos com descrição de aumento do volume ósseo, espessamento da cortical, trabeculado grosseiro ou lesões líticas e escleróticas ou; b. Laudo de exame de TC ou RNM de crânio ou ENMG que demonstre complicação neurológica causada pela doença de base com limitação funcional.	Não	2 anos
M91	**Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve**	Somente até 18 anos. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo as alterações articulares, intervenções cirúrgicas e as	Sim	2 anos

		limitações para as seguintes atividades: a. autocuidado / atividades da vida diária; b. mobilidade. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 12 meses**, descrevendo achatamento ou deformidade da cabeça femoral ou; b. Laudo de exame de TC ou RNM de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 04 anos**, descrevendo achatamento ou deformidade da cabeça femoral. Casos com persistência de limitações após os 18 anos deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médicoassistente.		

Doenças do aparelho geniturinário				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
N18	**Insuficiência Renal Crônica**	1.Somente em tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal; 2.Formulário de Solicitação emitido pela instituição onde realiza o tratamento.	Sim	2 anos

Algumas afecções originadas no período Neonatal				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
4	**Lesões ao nascer do sistemanervoso periférico**	Até 02 anos de idade: 1. Formulário de Solicitação descrevendo a lesão neurológica e a limitação motora. Após 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação descrevendo a lesão neurológica, a limitação motora e as limitações para as seguintesatividades: a.mobilidade; b. autocuidado / atividade da vida diária; 2.Documentos / exames: a. Laudo de ENMG compatível ou; b. Relatório funcional emitido por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.	Não: unilateral Sim: bilateral	2 anos

Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
Q00	**Anencefalia e malformações similares**	1. Formulário de Solicitação descrevendo a malformação, alterações neurológicas e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.	Sim	2 anos
Q01	**Encefalocele**	Somente para crianças com até 02 anos de idade. 1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista ou Pediatra descrevendo as alterações neurológicas existentes. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RNM de crânio. Casos de persistência das limitações após os 02 anos deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médicoassistente.	Sim	2 anos
Q02	**Microcefalia**	Até 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo perímetro cefálico abaixo de -2 desvios-padrão (Z-score) da tabela da OMS ou menor que o percentil 3% da tabela da OMS. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RNM de crânio. Após 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação descrevendo as alterações neurológicas, atraso persistente do desenvolvimentoneuropsicomotor e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades de vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de TC ou RNM de crânio	Sim	4 anos

Q03	**Hidrocefalia congênita**	Até 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo asalterações neurológicas existentes. 2.Documentos / exames: a. laudo de TC ou RNM de crânio ou; b. laudo de USG transfontanela.Após 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação descrevendo as sequelas motoras ou cognitivas, atraso persistente do desenvolvimentoneuropsicomotor, intervenções cirúrgicas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: **a.** aprendizagem e aplicação de conhecimento; **b.** comunicação; **c.** mobilidade; **d.** autocuidado /atividades de vida diária. 2.Documentos / exames: **a.** Laudo de TC ou RNM de crânio**.**	Sim	4 anos
Q05	**Espinha bífida**	Até 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Neuropediatra, Neurologista ou Pediatra descrevendo o tipo de espinha bífida, seu nível, existência de hidrocefalia associada e as intervenções cirúrgicas realizadas; 2.Documentos/exames: a.laudo de TC ou RM de coluna ou; b.laudo de USG fetal. Após 02 anos de idade: 1.Formulário de Solicitação descrevendo as alterações neurológicas existentes, atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor e limitação para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades de vida diária. 2.Documentos/exames: a. laudo de TC ou RM de coluna.	Sim	4 anos
Q65.0	**Luxação congênita unilateral do quadril**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo as deformidades,tratamento e as limitações motoras existentes. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. Laudo de exame de TC ou RNM de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 04 anos** ou; c. Laudo de exame de USG das articulações coxofemorais (para crianças de até 1 ano).	Não	2 anos
Q65.1	**Luxação congênita bilateral do quadril**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo as deformidades,tratamento e as limitações motoras existentes. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. Laudo de exame de TC ou RNM de quadril ou bacia, **realizado nos últimos 04 anos** ou c. Laudo de exame de USG das articulações coxofemorais (para crianças de até 1 ano).	Não	2 anos
Q66	**Deformidades congênitas do pé**	Somente para deformidades com alteração grave de marcha. Até 04 anos de idade. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista ou Pediatra descrevendo as deformidades apresentadas e otratamento atual. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de pés, **realizado nos últimos 12 meses**.	Sim	2 anos
		Após 04 anos de idade. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo as deformidade apresentadas, as alterações motoras	Não	4 anos

		eas limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX de pés e/ou tornozelos, **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. Laudo de TC ou RNM de pés e/ou tornozelos, **realizado nos últimos 04 anos**.		
Q71	**Defeitos, por redução, domembro superior.**	1.Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
Q72	**Defeitos, por redução, domembro inferior.**	1.Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
Q74.0	**Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cinturaescapular.**	1.Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido.	Não	4 anos
Q74.2	**Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cinturapélvica.**	1.Formulário de Solicitação descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido.	Não	4 anos
Q78.0	**Osteogênese imperfecta**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as alterações ósseas, deformidades e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividades da vida diária / autocuidado. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM descrevendo alterações ósseas compatíveis (osteopenia, múltiplas fraturas, osso curvo, coxa vara)	Sim	4 anos
Q87.1	**Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo**	Somente para Síndrome de Aarskog, Cockayne, de Lange, de Dubowitz, Noonan, Prader-Willi, Robinow-Silverman-Smitth, Russell-Silver, Seckel, Smith-Lemli-Opitz. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades da vida diária; e. convívio social.	Não Sim: quando déficit cognitivo	4 anos
Q87.2	**Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros**	Somente para Síndrome de Holt-Oram, Klippel-Trenaunay-Weber, Rótula em unha ou Rubinstein-Taybi, Sirenomelia, Trombocitopenia com ausência de rádio. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades da vida diária;	Não Sim: quando déficit cognitivo.	4 anos

		e. convívio social.		
Q87.4	**Síndrome de Marfan**	Somente para casos com comprometimento motor grave 1.Formulário de Solicitação emitido por Pediatra, Ortopedista ou Cardiologista descrevendo as malformações, alterações esqueléticas apresentadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. mobilidade; c. autocuidado / atividades da vida diária. 3.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do segmento comprometido.	Não	4 anos
Q87.5	**Síndromes com malformações congênitas com outras alterações do esqueleto**	1.Formulário de Solicitação descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades da vida diária; E. convívio social. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de RX, TC ou RNM do segmento comprometido.	Sim	4 anos
Q90	**Síndrome de Down**	1.Formulário de Solicitação descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado / atividades da vida diária; e. convívio social. 2.Documentos / exame: a. Laudo de exame de cariótipo.	Sim	4 anos
S14	**Traumatismos de nervos e da medula espinhal ao nível cervical**	Nos casos de lesão de raiz nervosa cervical ou plexo braquial: 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra ou Ortopedista descrevendo as lesões e as limitações para as seguintes atividade: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades de vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG compatível, **realizado nos últimos 04 anos** ou b. Laudo de exame de RNM de plexo braquial, **realizada nos últimos 04 anos**. Nos casos de lesão de medula cervical: 1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Fisiatra ou Ortopedista descrevendo a etiologia e as limitações para as seguintes atividade: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades de vida diária. 2.Documentos / exames: a. Laudo de exame de TC ou RNM de coluna cervical, **realizados nos últimos 04 anos**.	Não: limitação unilateral Sim: limitação bilateral	4 anos
S82.1	**Fratura da extremidade proximalda tíbia**	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo. 1.Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2.Resumo de alta hospitalar; 3.Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido, **realizados nos últimos 12 meses**. Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano
S82.2	**Fratura da diáfise da tíbia**	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo. 1.Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2.Resumo de alta hospitalar; **3.**Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, **realizados nos últimos 12 meses.** Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano
S82.3	**Fratura da extremidade distal datíbia**	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo.	Não	1 ano

		1.Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2.Resumo de alta hospitalar; 3.Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, **realizados nos últimos 12 meses**. Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.		
S82.4	**Fratura do perônio (fíbula)**	Somente quando realizado procedimento cirúrgico e em uso atual de fixador externo. 1.Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2.Resumo de alta hospitalar; 3.Laudo de exame de RX, TC ou RM do membro comprometido, **realizados nos últimos 12 meses**. Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano
S82.7	**Fraturas múltiplas da perna**	Somente quando realizado procedimento cirúrgico, em uso atual de fixador externo. 1.Formulário de Solicitação emitido por ortopedista descrevendo a fratura e o uso atual de fixador externo; 2.Resumo de alta hospitalar; 3.Laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro comprometido, **realizados nos últimos 12 meses**. Casos de persistência de limitações decorrentes de fraturas prévias deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano

Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
T02.1T02.4T02.5 T02.6T02.7	**Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo**	Somente até 1 ano após o trauma. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do segmento afetado ou b. resumo de alta hospitalar. Casos de persistência de limitações decorrentes de traumas prévios deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano
T04.4T04.7	**Traumatismos por esmagamento envolvendo múltiplas regiões do corpo**	Somente até 1 ano após o trauma. 1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do segmento afetado ou b. resumo de alta hospitalar. Casos de persistência de limitações decorrentes de traumas prévios deverão ser enquadrados na CID da sequela pelo médico assistente.	Não	1 ano
T05	**Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo**	1.Somente para amputação de braço, antebraço, perna e coxa. 2.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM dos membros afetados ou; b. resumo de alta hospitalar.	Sim	4 anos
T11.6	**Amputação traumática de membro superior, nível nãoespecificado.**	1.Somente para amputação completa de 3 ou mais quirodáctilos ou amputação de 1° e/ou 2° quirodáctilos, se houverperda de função de pinça. 2.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade;	Não	4 anos

		b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.		
T13.6	**Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado.**	1.Somente para amputação completa de 3 ou mais pododáctilos ou amputação completa de hálux. 2.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T20.3	**Queimadura de terceiro grau da cabeça e do pescoço**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T20.7	**Corrosão de terceiro grau dacabeça e do pescoço**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3. Documentos / exames: a.resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T21.3	**Queimadura de terceiro grau do tronco**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T21.7	**Corrosão de terceiro grau dotronco**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T22.3	**Queimadura de terceiro grau do ombro e de membro superior, exceto punho e mão.**	Somente para queimadura de 3º grau 1.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 2.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T22.7	**Corrosão de terceiro grau do**	Somente para queimadura de 3º grau	Não	4 anos

	ombro e de membro superior, exceto punho e mão.	1.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 2. Documentos / exames a.resumo de alta hospitalar.		
T23.3	**Queimadura de terceiro grau do punho e da mão.**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3. Documentos / exames a.resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T23.7	**Corrosão de terceiro grau dopunho e da mão.**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedita especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T24.3	**Queimadura de terceiro grau do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé.**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedita especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T24.7	**Corrosão de terceiro grau do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé.**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopeditas especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T25.3	**Queimadura de terceiro grau do tornozelo e do pé**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social. 3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T25.7	**Corrosão de terceiro grau do tornozelo e do pé**	1.Somente para queimadura de 3º grau 2.Formulário de Solicitação emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a sequela e descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária e c. convívio social.	Não	4 anos

		3.Documentos / exames: a. resumo de alta hospitalar.		
T84	**Complicações de dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos**	1.Formulário de Solicitação emitido por Ortopedista descrevendo segmento afetado, o tipo de complicação e as limitaçõespara as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX do segmento afetado, **realizado nos últimos 12 meses** ou; b. laudo de exame de TC ou RNM do segmento afetado, **realizado nos últimos 04 anos** ou c. resumo de alta hospitalar.	Não	2 anos
T87	**Complicações próprias de reimplante e amputação**	1.Formulário de Solicitação descrevendo segmento afetado, o tipo de complicação e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividade de vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX do segmento afetado, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. laudo de exame de TC ou RNM do segmento afetado, **realizado nos últimos 04 anos** ou c. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T90.5	**Sequela de traumatismo intracraniano**	1.Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra ou Clínico Generalista descrevendo as alteraçõesneurológicas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. autocuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal. 2.Documentos / exames: a. laudo de TC de crânio, **realizado nos últimos 04 anos** ou b. laudo de exame de RNM de crânio, **realizado nos últimos 04 anos**. 3.Em casos de sequela cognitiva: a. Cópia de resultado de Mini-Mental ou equivalente, **realizado nos últimos 12 meses** ou b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica, **realizada nos últimos 12 meses**. 4.A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcionalemitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Não Sim: quando houver comprometimento para deambulação (com força muscular menor ou igual agrau 3 em membros inferiores) ou déficit cognitivo.	2 anos
T92.6	**Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro superior**	1.Somente para amputação completa de 3 ou mais quirodáctilos ou amputação de 1° e/ou 2° quirodáctilos, se houverperda de função de pinça. 2.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro afetado ou; b. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos
T93.1	**Sequela de fratura de fêmur**	1.Formulário de Solicitação descrevendo encurtamento de membro e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Laudo de Escanometria com diferença de comprimento entre membros ≥ 3cm.	Não	4 anos
T93.6	**Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro inferior**	1.Somente para amputação completa de 3 ou mais pododáctilos ou amputação completa de hálux. 2.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro afetado ou b. resumo de alta hospitalar.	Não	4 anos

Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde				
CID		**Requisitos**	**Acompanhante**	**Validade**
Z89	**Ausência adquirida de membros**	Em membros superiores: exceto casos de amputação de até 2 quirodáctilos e sem perda de função de pinça Em membros inferiores: exceto para casos de amputação de até 2 pododáctilos. 1.Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia da amputação, localização, nível e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado / atividades da vida diária. 2.Documentos / exames: a. laudo de exame de RX, TC ou RNM do membro afetado ou b. resumo de alta hospitalar.	Não Sim: para amputação deambos os membros inferiores acima do nível transmetatársico.	4 anos
Z 93.0	**Traqueostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.1	**Gastrostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.2	**Ileostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.3	**Colostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.4	**Outros orifícios artificiais dotrato gastrointestinal**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.5	**Cistostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.6	**Outros Orifícios artificiais do aparelho urinário: nefrostomia, ureterostomia, uretrostomia**	1.Formulário de Solicitação descrevendo: a. ostomia Permanente e b. CID da doença de base.	Não	2 anos

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR	
MRC -MEDICAL RESEARCH COUNCIL	
0	**Não se percebe nenhumacontração.**
1	**Traço de contração, sem produção do movimento.**
2	**Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação dagravidade.**
3	**Realiza movimento contra a gravidade, porém semresistência adicional.**
4	**Realiza movimento contra a resistência externa moderada egravidade.**
5	**É capaz de superar maior quantidade de resistência que onível anterior.**