

RELAÇÃO DE PATOLOGIAS QUE PODEM CARACTERIZAR A EXISTÊNCIA DE DEFICIÊNCIA

LISTA DE SIGLAS

| | | | |
|-------------|---|------------|--|
| CRT | Centro de Referência em tratamento HIV | RNM | Ressonância Magnética |
| EEG | Eletroencefalograma | RX | Raio X |
| ENMG | Eletroneuromiografia | TC | Tomografia |
| FAN | Fator Anti-núcleo | USG | Ultrassonografia |
| FR | Fator Reumatóide | VHS | Velocidade de hemossedimentação |
| PCR | Proteína C-reativa | | |

| Código | Diagnósticos | Exigências necessárias para comprovação da existência da deficiência | Acompanhante | Validade |
|---|--|---|---------------------|-----------------|
| Doenças orgânicas, não exatamente caracterizadas como deficiências | | | | |
| B20.0 | Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas (resultando em tuberculose) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por: <ol style="list-style-type: none"> a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada. 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. | Não | 1 ano |
| B20.1 | Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por: <ol style="list-style-type: none"> a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada. 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B20.2 | Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por: <ol style="list-style-type: none"> a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada. 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|--|---|-----|-------|
| B20.3 | Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B20.4 | Doença pelo HIV resultando em candidíase | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B20.5 | Doença pelo HIV resultando em outras micoses | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B39 e B45.1). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B20.6 | Doença pelo HIV resultando em pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|--|--|-----|-------|
| B20.7 | Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Sim | 1 ano |
| B20.8 | Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B20.9 | Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B21.0 | Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-------|---|--|-----|-------|
| B21.1 | Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B21.2 | Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B21.3 | Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoiético e correlatos. | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B21.7 | Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|--|-----|-------|
| B21.8 | Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Sim | 1 ano |
| B21.9 | Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Sim | 1 ano |
| B22.0 | Doença pelo HIV resultando em encefalopatia (Demência pelo HIV) | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> | Sim | 1 ano |
| B22.1 | Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-------|---|--|-----|-------|
| B22.2 | Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B22.7 | Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Sim | 1 ano |
| B23.0 | Síndrome de Infecção Aguda pelo HIV | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B23.1 | Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes) | <p>1. Relatório Médico emitido por: a. CRT/AIDS ou; b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19;A87;A89; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-------|--|--|--|-------|
| B23.2 | Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B23.8 | Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não | 1 ano |
| B24 | Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não especificada | <p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; A52.1; A52.2; A52.3; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B33.3 – somente no caso de infecção por HTLV I/II, que possa levar a déficit de locomoção). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p> | Não Sim:quando houver déficit de locomoção. | 1 ano |

Algumas doenças infecciosas e parasitárias

| | | | | |
|-----|--------------------------------|--|---|--------|
| B91 | Sequela de Poliomielite | <p>1. Somente com sequelas que levem à atrofia de um ou mais membros, corrigidas ou não com aparelhos ou órteses.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a atrofia, os membros afetados e a utilização ou não de aparelhos ou órteses;</p> <p>3. Documentos/exames:</p> <p>a. laudo de exame de ENMG.</p> | Não Sim, quando bilateral de membros | 4 anos |
|-----|--------------------------------|--|---|--------|

| | | | | |
|------------|------------------------------|---|-----|--------|
| B92 | Sequela de hanseníase | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com sequelas neurológicas com atrofia ou deformidades de membros 2. Relatório Médico descrevendo a sequela neurológica e a atrofia de membros. 3. Laudo do exame de ENMG ou relatório de serviço de reabilitação descrevendo as limitações apresentadas. | Não | 4 anos |
|------------|------------------------------|---|-----|--------|

Neoplasias

| | | | | |
|------------------|--|---|-----|-------|
| C00 a C97 | Neoplasias (Tumores) Malignas(os) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente na vigência de quimioterapia, radioterapia ou cobaltoterapia, exceto nos casos de quimioterapia oral. 2. Nos casos de quimioterapia, especificar o tratamento. 3. Relatório Médico emitido pela instituição onde realiza o tratamento. | Sim | 1 ano |
|------------------|--|---|-----|-------|

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas

| | | | | |
|--------------|--|--|-----|--------|
| E23.0 | Hipopituitarismo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente para pessoas com até 21 anos de idade. 2. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal e curva de crescimento abaixo do percentil 25%. | Não | 4 anos |
| E34.3 | Nanismo não classificado em outra parte | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com nanismo cuja estatura final seja inferior a 1,40m. 2. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal e curva de crescimento abaixo do percentil 25%. | Não | 4 anos |

Transtornos Mentais e Comportamentais

| | | | | |
|------------|--|---|-----|--------|
| F00 | Demência na Doença de Alzheimer | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. | Sim | 2 anos |
| F01 | Demência Vascolar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|--------------|---|--|-----|--------|
| F02.3 | Demência na doença de Parkinson | <p>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 2 anos |
| F04 | Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F06 | Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F07 | Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral. | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F19 | Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra informando que a pessoa se encontra em tratamento, contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais, as drogas desencadeantes do processo e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F20 | Esquizofrenia | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação com até 03 meses da emissão.</p> | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|------------|--|--|-----|--------|
| F21 | Transtorno esquizotípico | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 2 anos |
| F24 | Transtorno delirante induzido | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F25 | Transtornos esquizoafetivos | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 2 anos |
| F28 | Outros transtornos psicóticos não-orgânicos | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 2 anos |
| F29 | Psicose não orgânica não especificada | <p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 1 ano |
| F70 | Retardo Mental Leve | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p> | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|------------|--|---|-----|--------|
| F71 | Retardo Mental Moderado | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. relações e interação interpessoal. <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p> | Sim | 2 anos |
| F72 | Retardo Mental Grave | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. relações e interação interpessoal. <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p> | Sim | 2 anos |
| F73 | Retardo Mental Profundo | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. relações e interação interpessoal. <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p> | Sim | 2 anos |
| F79 | Retardo Mental não especificado | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. relações e interação interpessoal. <p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p> | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|------------|--|---|-----|--------|
| F83 | Transtornos específicos mistos do desenvolvimento | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente até 18 anos de idade. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo limitação nos aspectos de: <ol style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. aprendizagem e aplicação do conhecimento; c. mobilidade. 3. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional ou Fonoaudiólogo. | Sim | 4 anos |
| F84 | Transtornos globais do desenvolvimento | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. comunicação; b. auto cuidado; c. relações e interação interpessoal. 2. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo. | Sim | 4 anos |
| F90 | Transtornos hiper-cinéticos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente na faixa etária entre 06 e 18 anos. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação do conhecimento; b. relações e interação interpessoal; c. convívio social. 3. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo. | Sim | 2 anos |

Doenças do Sistema Nervoso

| | | | | |
|------------|---|---|-----|-------|
| G04 | Encefalite, mielite e encefalomielite. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Resumo de alta hospitalar descrevendo os exames: <ol style="list-style-type: none"> a. líquido e TC ou; b. medida da pressão intracraniana ou; c. ENMG. 3. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1, estes serão enquadrados na CID da seqüela. | Sim | 1 ano |
|------------|---|---|-----|-------|

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| G09 | Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central | <p>1. Relatório Médico descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar descrevendo os exames de líquido e TC.</p> <p>3. Nos casos em que não for apresentado o resumo de alta hospitalar será admitido laudo do exame de TC.</p> | Sim | 1 ano |
| G10 | Doença de Huntington | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades:</p> <p>a. auto cuidado; e</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> | Sim | 4 anos |
| G11 | Ataxia hereditária | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades:</p> <p>a. auto cuidado; e</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> | Sim | 4 anos |
| G12 | Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades:</p> <p>a. auto cuidado; e</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> | Sim | 4 anos |
| G20 | Doença de Parkinson | <p>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 4 anos |
| G21 | Parkinsonismo adquirido | <p>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 4 anos |
| G25.4 | Coréia induzida por droga | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista informando a droga desencadeante do processo e descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. convívio social.</p> | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|--|-----|--------|
| G25.5 | Outras formas de Coréia | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. convívio social. | Sim | 1 ano |
| G25.8 | Outras doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, especificados. | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. convívio social. | Sim | 4 anos |
| G25.9 | Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, não especificados | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade; d. convívio social. | Sim | 4 anos |
| G30 | Doença de Alzheimer | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal. | Sim | 4 anos |
| G31 | Outras doenças degenerativas do sistema nervoso, não classificadas em outra parte. | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal. | Sim | 4 anos |
| G35 | Esclerose Múltipla | 1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo: a. as alterações neurológicas existentes ou; b. comprometimento motor, cognitivo ou sensorial. 2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação. | Sim | 4 anos |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----------------------------------|-------|
| G36 | Outras desmielinizações disseminadas agudas | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo:</p> <p>a. as alterações neurológicas existentes ou;</p> <p>b. comprometimento motor, cognitivo ou sensorial.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação.</p> | Sim | 1 ano |
| G37 | Outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo:</p> <p>a. as alterações neurológicas existentes ou;</p> <p>b. comprometimento motor, cognitivo ou sensorial.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação.</p> | Sim | 1 ano |
| G46 | Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares | <p>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em dois ou mais domínios no âmbito de:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. auto cuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de Tomografia de crânio</p> | Sim | 1 ano |
| G54 | Transtornos das raízes e dos plexos nervosos | <p>1. Relatório Médico descrevendo as limitações funcionais nos âmbitos de:</p> <p>a. extensão;</p> <p>b. flexão e;</p> <p>c. sustentação.</p> <p>2. Laudo de ENMG;</p> <p>3. Na primeira solicitação, na ausência de ENMG, a descrição detalhada das limitações acima poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Fisioterapeuta.</p> | Não: unilateral Sim: Bilateral | 1 ano |
| G55.0 | Compressões das raízes e dos plexos nervosos em doenças neoplásicas | <p>1. Relatório Médico emitido por Oncologista ou Radioterapeuta especificando a doença de base, o esvaziamento e intervenção com a descrição da sequela.</p> <p>2. Laudo do exame de Anátomo Patológico.</p> | Não | 1 ano |
| G55.1 | Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo o estadiamento atual da doença e o comprometimento motor apresentado.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC descrevendo "extrusão discal associada à Rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p>b. laudo de exame de RNM descrevendo "moderado comprometimento da raiz emergente" ou "grave comprometimento da raiz emergente" ou equivalente.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|--|---|-----|--------|
| G55.2 | Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo o estadiamento atual da doença e o comprometimento motor apresentado.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC descrevendo "extrusão discal associada à Rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p>b. laudo de exame de RNM descrevendo "moderado comprometimento da raiz emergente" ou "grave comprometimento da raiz emergente" ou equivalente.</p> | Não | 1 ano |
| G60 | Neuropatia Hereditária e Idiopática | <p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor"ou equivalente.</p> | Sim | 4 anos |
| G61 | Polineuropatia inflamatória | <p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor"ou equivalente.</p> | Sim | 1 ano |
| G62 | Outras polineuropatias | <p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor"ou equivalente.</p> | Sim | 1 ano |
| G63 | Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte | <p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor"ou equivalente.</p> | Sim | 1 ano |
| G70 | Miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento da doença e as alterações motoras existentes.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. dosagem de anticorpos antireceptor de acetilcolina ou;</p> <p>b. prova do Mestinon®.</p> | Sim | 2 anos |
| G71 | Transtornos primários dos músculos | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença e as alterações motoras presentes.</p> | Sim | 2 anos |
| G80 | Paralisia Cerebral | <p>1. Relatório Médico descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> | Sim | 4 anos |

| | | | | |
|------------|--|---|-----|--------|
| G81 | Hemiplegia | <p>1. Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. laudo de exame de EEG; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou;</p> <p>c. laudo de exame de RNM.</p> | Sim | 4 anos |
| G82 | Paraplegia e tetraplegia | <p>1. Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. laudo de exame de EEG; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou;</p> <p>c. laudo de exame de RNM.</p> | Sim | 4 anos |
| G83 | Outras síndromes paralíticas | <p>1. Relatório Médico descrevendo a doença de base com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade, autocuidado e atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. laudo de exame de EEG; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou;</p> <p>c. laudo de exame de RNM.</p> | Sim | 2 anos |
| G90 | Transtornos do Sistema Nervoso Autônomo | <p>1. Somente nos casos de: Síncope do seio carotídeo Disautonomia familiar Síndrome de Horner Síndrome de Shy Drager</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o transtorno e as limitações motoras apresentadas;</p> <p>3. Laudo de exame utilizado para diagnóstico.</p> | Sim | 2 anos |
| G91 | Hidrocefalia | <p>1. Somente até 1 ano após o diagnóstico e cirurgia.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a cirurgia e se existem sequelas.</p> <p>3. Sequelas causadas pela Hidrocefalia serão enquadradas em outras CID's.</p> | Sim | 1 ano |
| G92 | Encefalopatia Tóxica | <p>1. Somente associada a causas externas enquadradas nas CID's T36 a T50.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a causa externa, os comprometimentos cognitivo ou motor e as limitações apresentadas.</p> | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---------------------------------------|--|-----|-------|
| G93.4 | Encefalopatia não especificada | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente associada a causas externas enquadradas nas CID's N18 e K70 a K74. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista, Psiquiatra, ou Médico Triador de Transplante Hepático ou Renal descrevendo o estadiamento atual da doença. 3. Relatório de internação. | Sim | 1 ano |
|--------------|---------------------------------------|--|-----|-------|

Doenças do Olho e Anexos / Doenças dos Ouvidos e das Apófises Mastóides

| | | | | |
|--------------|--|--|-----|--------|
| H54.0 | Cegueira, ambos os olhos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Oftalmologista com Acuidade Visual de ambos os olhos informando: <ol style="list-style-type: none"> a. perda 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo, o lado afetado pela cegueira e a Acuidade Visual do outro olho, informando: <ol style="list-style-type: none"> a. perda 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 os olhos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo a possível causa e a acuidade Visual com: <ol style="list-style-type: none"> a. perda 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 transtorno de condução e/ou neurosensorial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nos casos de deficiência auditiva neurosensorial ou mista, de grau moderado ou superior bilateral, conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 41 decibéis). 2. Documentos / exames: <ol style="list-style-type: none"> a. Audiometria ou; b. BERA. | Não | 4 anos |

Doenças do Aparelho Circulatório

| | | | | |
|------------|--------------------------------|---|-----|--------|
| I02 | Coréia Reumática | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a droga desencadeante e a evolução do quadro. | Sim | 2 anos |
| I60 | Hemorragia subaracnóide | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. 3. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC; ou b. laudo de exame de RNM ou; c. resumo de alta hospitalar. 4. Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela. | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|------------|--|---|-----|-------|
| I61 | Hemorragia intracerebral | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. 3. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC; ou b. laudo de exame de RNM ou; c. resumo de alta hospitalar. 4. Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da sequela. | Sim | 1 ano |
| I63 | Infarto cerebral | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. 3. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC; ou b. laudo de exame de RNM ou; c. resumo de alta hospitalar. 4. Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da sequela. | Sim | 1 ano |
| I64 | Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. 3. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC; ou b. laudo de exame de RNM ou; c. resumo de alta hospitalar. 4. Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da sequela. | Sim | 1 ano |
| I67 | Outras doenças cerebrovasculares | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. 3. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC; ou b. laudo de exame de RNM ou; c. resumo de alta hospitalar. 4. Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da sequela. | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|--|---|-----|-------|
| I69 | Sequelas de doenças cerebrovasculares | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou clínico Generalista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional.</p> | Sim | 1 ano |
| I89 | Outros transtornos não infecciosos dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos | <p>1. Exceto casos de Obesidade Mórbida.</p> <p>2. Relatório Médico informando Elefantíase, diâmetro da panturrilha superior a 2/3 do diâmetro da coxa e limitações de mobilidade.</p> | Não | 1 ano |
| I97.2 | Síndrome do Linfedema Pós-Mastectomia | <p>1. Somente para os casos em que:</p> <p>a. a doença de base está enquadrada na CID C50 - "Neoplasia Maligna da Mama".</p> <p>b. exista perda da mobilidade no membro superior do lado comprometido com abdução abaixo de 45°.</p> <p>2. Apresentar laudo do exame Anátomo Patológico.</p> <p>3. Relatório Médico pós operatório informando a doença de base e a limitação funcional existente.</p> | Não | 1 ano |

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

| | | | | |
|--------------|------------------------------------|---|-----|--------|
| M05 | Artrite reumatóide | <p>1. Somente para limitação em grandes articulações e membros.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as articulações afetadas e o comprometimento no âmbito da mobilidade e/ou autocuidado.</p> <p>3. Apresentar FR positivo.</p> | Não | 2 anos |
| M06.4 | Poliartropatia Inflamatória | <p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, articulações comprometidas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado</p> <p>b. mobilidade;</p> <p>c. atividades da vida diária ;</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p> | Não | 1 ano |
| M08 | Artrite Juvenil | <p>1. Somente na faixa etária entre 0 e 18 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico apresentando erosão com grau superficial e alteração na cartilagem de crescimento.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p>a. exame de VHS, PCR e leucograma e;</p> <p>b. laudo de exame de RX de joelho, coxofemoral ou tornozelo.</p> | Não | 2 anos |

| | | | | |
|--------------|--|---|-----|--------|
| M12.5 | Artropatia Traumática | <ol style="list-style-type: none"> 1. Somente em grandes articulações. 2. Relatório Médico descrevendo as deformidades, as articulações comprometidas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária; 3. Laudo de exame de RX do segmento comprometido. | Não | 2 anos |
| M15 | Poliartrose | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista ou Reumatologista, descrevendo condropatia acima de grau 2, comprometimento em duas ou mais articulações e limitações em 2 ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC ou; b. laudo de exame de RX. | Não | 4 anos |
| M16 | Coxartrose (artrose do quadril) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico descrevendo as limitações em 2 ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de TC ou RNM descrevendo "condropatia da articulação coxo-femoral em grau III ou IV " ou equivalente e; b. laudo de exame de RX descrevendo "achatamento da cabeça femoral, osteofitose acetabular, diminuição do espaço femuroacetabular" ou equivalente. | Não | 4 anos |
| M17 | Gonartrose (artrose do joelho) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico descrevendo as limitações em 2 ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RNM descrevendo "articulação do joelho com comprometimento tricompartmental, com erosões ósseas, condropatia Grau IV" e laudo de exame de RX descrevendo "artropatia tricompartmental" ou equivalente ou; b. laudo de exame de TC descrevendo "diminuição do espaço articular femuro tibial medial, femuro tibial lateral e femuro patelar com proeminência das espinhas tibiais ou osteofitose permanente" e laudo de exame de RX descrevendo "artropatia tricompartmental" ou equivalente. | Não | 4 anos |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| M19 | Outras artroses | <p>1. Relatório Médico descrevendo comprometimento em:</p> <p>a. tornozelos; b. cotovelo ou; c. ombro.</p> <p>e descrevendo limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária .</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RNM ou; b. laudo de exame de TC.</p> | Não | 2 anos |
| M21.5 | Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos | <p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, sua causa e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado b. mobilidade; c. atividades da vida diária .</p> <p>2. Laudo de exame de RX da articulação comprometida.</p> | Não | 4 anos |
| M21.8 | Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros | <p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, membros comprometidos e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária;</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p> | Não | 2 anos |
| M32 | Lupus eritematoso disseminado (sistêmico) | <p>1. Relatório emitido por clínico ou reumatologista descrevendo as alterações produzidas pelo Lupus e limitações funcionais em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social; e. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Apresentar dois ou mais anticorpos positivos (+ +) nos exames de:</p> <p>a. FAN; b. anticorpo anti DNA; c. anti hestona; d. anti Rô; e. SM ou; f. anti RNP.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|--|--|-----|--------|
| M34.0 | Esclerose sistêmica progressiva | <p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades existentes e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. anticorpo anti-centrômero e anti Scl-70 com comprovação por dois ou mais anticorpos positivos (+ +) e biópsia de pele. | Não | 2 anos |
| M40 | Cifose e Lordose | <p>1. Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX. | Não | 1 ano |
| M41 | Escoliose | <p>1. Somente quando constatada "angulação maior ou igual a 45° latero-lateral".</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social. <p>3. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX de coluna inteira b. TC; ou c. RNM. | Não | 1 ano |
| M42 | Osteocondrose da coluna vertebral | <p>1. Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX. | Não | 2 anos |

| | | | | |
|--------------|--|---|-----|--------|
| M45 | Espondilite ancilosante | <p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações existentes, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; <p>2. Laudo de exame de RX com duas ou mais das seguintes alterações: sacroileíte bilateral simétrica, osteoporose, perda da definição da margem articular, erosões superficiais áreas de osteonecrose, osteíte de campos vertebrais com calcificação de ligamentos, estreitamento articular acetabular e osteófito de calcâneo.</p> | Não | 4 anos |
| M47.1 | Outras espondiloses com mielopatia | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de anulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou; b. laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente. | Não | 1 ano |
| M50.0 | Transtornos dos discos cervicais com mielopatia | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de anulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou; b. laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente. | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| M51.0 | Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou; b. laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente. | Não | 1 ano |
| M67.0 | Tendão de aquiles curto (adquirido) | <p>1. Relatório Médico descrevendo a(s) deformidade(s), lado(s) comprometido(s) e limitações nas seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. atividades da vida diária ; <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p> | Não | 4 anos |
| M75.1 | Síndrome do Manguito Rotador | <p>1. Somente com lesão anatômica comprovada por USG ou RNM de ombro.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as lesão e o lado afetado;</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exames de USG ou; b. laudo de exames de RNM de ombro. | Não | 4 anos |
| M80 | Osteoporose com fratura patológica | <p>1. Somente com fratura de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. fêmur; b. úmero; c. tíbia; d. fíbula; e. rádio ou; f. ulna. <p>2. Relatório Médico descrevendo as alterações motoras e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária. <p>3. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de desintometria óssea e; b. laudo de exame de RX da fratura. | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| M86 | Osteomielite | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista, descrevendo as alterações motoras, medicação utilizada, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo do exame de RX do segmento comprometido.</p> | Não | 1 ano |
| M87.0 | Necrose asséptica idiopática do osso | <p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações (achatamento, deformidade com áreas de osteoclase da cabeça femoral), medicação utilizada, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento afetado.</p> | Não | 4 anos |
| M87.2 | Osteonecrose devido a traumatismo anterior | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo as alterações, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento afetado.</p> | Não | 4 anos |
| M88 | Doença de Paget do osso (osteíte deformante) | <p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações, segmentos afetados e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX dos segmentos afetados com duas ou mais das seguintes alterações: osteoporose circunscrita, lesões em ossos longos que iniciam nas extremidades e progridem em "v", lesões na pelve com espessamento e indefinição da linha íleo-pectínea, estreitamento articular do quadril, protusão acetabular, corpo vertebral em moldura, calota craniana com aspecto de algodão.</p> | Não | 4 anos |
| M91 | Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo as alterações, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária.</p> <p>2. laudo de exame de RX com a descrição de achatamento e deformidade com áreas de osteoclase da cabeça femoral.</p> | Não | 4 anos |

| Doenças do aparelho geniturinário | | | | |
|--|------------------------------------|--|-----|--------|
| N18 | Insuficiência Renal Crônica | <ol style="list-style-type: none"> Somente em tratamento de hemodiálise Relatório médico emitido pela instituição onde realiza o tratamento. | Sim | 2 anos |

| Algumas afecções originadas no período Neonatal | | | | |
|--|---|--|-----|--------|
| P14 | Lesões ao nascer do sistema nervoso periférico | <ol style="list-style-type: none"> Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento. Após dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo a persistência de lesão e limitações do uso dos segmentos afetados. | Sim | 1 ano |
| P20 | Hipóxia intra-uterina | <ol style="list-style-type: none"> Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento. De dois a seis anos de idade: Relatório Médico descrevendo atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> aprendizagem e aplicação de conhecimento; comunicação; mobilidade; autocuidado. | Sim | 4 anos |
| P21 | Asfixia ao nascer | <ol style="list-style-type: none"> Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento. De dois a seis anos de idade: Relatório Médico descrevendo atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <ol style="list-style-type: none"> aprendizagem e aplicação de conhecimento; comunicação; mobilidade; autocuidado. | Sim | 4 anos |

| Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas | | | | |
|--|---|---|-----|-------|
| Q00 | Anencefalia e malformações similares | 1. Relatório Médico descrevendo a malformação, alterações neurológicas, alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. | Sim | 1 ano |
| Q01 | Encefalocele | <ol style="list-style-type: none"> Somente para crianças com até 01 ano de idade. Relatório Médico emitido por Neonatologista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença. | Sim | 1 ano |

| | | | | |
|-----|-------------------------------|--|-----|--------|
| Q02 | Microcefalia | <p>1. Até um ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. perímetro cefálico abaixo de 2,5 escore Z ou; b. percentil menor que 5 %. <p>2. Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado. | Sim | 1 ano |
| Q03 | Hidrocefalia congênita | <p>1. Até 01 ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo as intervenções cirúrgicas realizadas ou planejadas e informando: perímetro cefálico acima de 2 escore Z ou percentil maior que 97,5 %;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Apresentar laudo de exames de TC ou US ou RNM. <p>2. Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado. | Sim | 1 ano |
| Q05 | Espinha bífida | <p>1. Até um ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Neuropediatra, Neurologista ou Pediatra descrevendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. o tipo de espinha bífida e sua localização; b. a existência ou não de hidrocefalia associada; c. as intervenções cirúrgicas realizadas ou planejadas; d. laudo de TC ou RNM. <p>2. Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado. | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|-------|---|---|--|--------|
| Q65.0 | Luxação congênita unilateral do quadril | <p>1. Somente para crianças com até 04 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX ou;</p> <p>b. laudo de exame de USG das articulações coxofemorais.</p> | Sim | 2 anos |
| Q65.1 | Luxação congênita bilateral do quadril | <p>1. Somente para crianças com até 04 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX ou;</p> <p>b. laudo de exame de USG das articulações coxofemorais.</p> | Sim | 2 anos |
| Q66 | Pé torto congênito | <p>Para crianças até 04 anos de idade.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista ou Pediatra descrevendo a deformidade, o tratamento realizado/proposto.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX ou USG das articulações afetadas.</p> | Sim | 1 ano |
| | | <p>Para pessoas acima de 04 anos de idade.</p> <p>1. Relatório Médico descrevendo a deformidade e a alteração funcional da marcha e quais meios auxiliares de locomoção.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de RX das articulações do joelho, coxo femoral, tornozelo e metacarpo falangeanas ou;</p> <p>b. laudo de exame USG das articulações do joelho, coxo femoral, tornozelo e metacarpo falangeanas.</p> | Não | 4 anos |
| Q71 | Defeitos, por redução, do membro superior. | <p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p> | <p>Não: unilateral</p> <p>Sim: bilateral</p> | 4 anos |
| Q72 | Defeitos, por redução, do membro inferior. | <p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p> | Não | 4 anos |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| Q74.0 | Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cintura escapular. | <p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. atividades da vida diária. <p>2. Laudo de exame de RX.</p> | Não | 4 anos |
| Q74.2 | Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cintura pélvica. | <p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. atividades da vida diária. <p>2. Laudo de exame de RX.</p> | Não | 4 anos |
| Q78.0 | Osteogênese imperfecta | <p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações ósseas, e outras deformidades e as limitações motoras.</p> <p>2. Laudo de exame de RX descrevendo as lesões ósseas compatíveis com osteogênese.</p> | Sim | 4 anos |
| Q87.1 | Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo | <p>1. Somente para Síndrome de Aarskog, Cockayne, de Lange, de Dubowitz, Nonam, Prader-Willi, Robinow-Silverman-Smitth, Russell-Silver, Seckel, Smith-Lemli-Opitz.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado; e. atividades da vida diária; f. convívio social. | Não | 4 anos |
| Q87.2 | Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros | <p>1. Somente para Síndrome de Holt-Oram, Klippel-Trenaunay-Weber, Rótula em unha ou Rubinstein-Taybi, Sirenomelia, Trombocitopenia com ausência de rádio.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado; e. atividades da vida diária; f. convívio social. | Não | 4 anos |

| | | | | |
|-------|---|---|-----|--------|
| Q87.4 | Síndrome de Marfan | <p>1. Relatório Médico emitido por Pediatra ou Cardiologista descrevendo as malformações apresentadas, incluindo a incompatibilidade entre o volume torácico e volume cardíaco com escore cardíaco maior ou igual a 2, e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. mobilidade; c. autocuidado; d. atividades da vida diária. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX de Tórax e; b. laudo de exame de Ecocardiograma. | Sim | 4 anos |
| Q87.5 | Síndromes com malformações congênicas com outras alterações do esqueleto | <p>1. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado; e. atividades da vida diária; f. convívio social. | Sim | 4 anos |
| Q90 | Síndrome de Down | <p>1. Relatório Médico descrevendo as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. aprendizagem e aplicação de conhecimento; b. comunicação; c. mobilidade; d. autocuidado; e. atividades da vida diária; f. convívio social. | Sim | 4 anos |
| S14 | Traumatismos de nervos e da medula espinhal ao nível cervical | <p>Nos casos de lesão de raiz nervosa cervical ou plexo braquial:</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo as lesões e as limitações nos âmbitos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. extensão; b. flexão e; c. sustentação. <p>2. Laudo de exame de ENMG.</p> <p>Em casos de lesão de medula cervical:</p> <p>1. Relatório Médico descrevendo os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado;</p> <p>2. A descrição detalhada das limitações funcionais poderá constar do relatório Médico ou de relatório elaborado por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.</p> | Sim | 2 anos |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|-------|
| S82.1 | Fratura da extremidade proximal da tíbia | Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX da fratura. | Não | 1 ano |
| S82.2 | Fratura da diáfise da tíbia | Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX da fratura. | Não | 1 ano |
| S82.3 | Fratura da extremidade distal da tíbia | Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX da fratura. | Não | 1 ano |
| S82.4 | Fratura do perônio (fíbula) | Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX da fratura. | Não | 1 ano |
| S82.7 | Fraturas múltiplas da perna | Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo; 2. Resumo de alta hospitalar; 3. Laudo de exame de RX da fratura. | Não | 1 ano |

Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|-------|
| T02.1 | Fratura envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve | Somente até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX ou; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |
| T02.4 | Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros superiores | Somente até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX ou; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |
| T02.5 | Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros inferiores | Somente até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX ou; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-------|--|---|-----|-------|
| T02.6 | Fraturas envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores com inferiores | Somente até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX ou; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |
| T02.7 | Fraturas envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve com membros | Somente até 1 ano após o trauma. 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX ou; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |
| T04.4 | Traumatismos por esmagamento envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores com inferiores | 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |
| T04.7 | Traumatismos por esmagamento do tórax com abdome, parte inferior do dorso, pelve e membros. | 1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. 2. Documentos / exames: a. laudo de exame de RX; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-------|---|--|-----|--------|
| T05 | Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Sim | 4 anos |
| T11.6 | Amputação traumática de membro superior, nível não especificado. | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 4 anos |
| T13.6 | Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado. | <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. autocuidado; c. atividades da vida diária. <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RX; b. relatório de Internação ou; c. resumo de Alta Hospitalar. | Não | 4 anos |
| T21 | Queimadura e corrosão do tronco | <p>Somente para grau III</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Pneumologista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo as funções respiratória a limitação funcional para as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobilidade; b. atividade de vida diária; c. autocuidado. <p>2. Laudo de exame de Espirometria.</p> <p>3. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas nos Itens 1 e 2, estes serão enquadrados na CID da seqüela.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|-----|--|--|-----|-------|
| T22 | Queimadura e corrosão do ombro e de membro superior, exceto punho e mão. | Somente para grau III 1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividade de vida diária; c. autocuidado e d. convívio social. | Não | 1 ano |
| T23 | Queimadura e corrosão do punho e da mão | Somente para grau III 1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividade de vida diária; c. autocuidado e; d. convívio social. 2. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1 , estes serão enquadrados na CID da seqüela. | Não | 1 ano |
| T24 | Queimadura e corrosão do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé. | Somente para grau III 1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividade de vida diária; c. autocuidado e d. convívio social. 2. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1 , estes serão enquadrados na CID da seqüela. | Não | 1 ano |
| T25 | Queimadura e corrosão do tornozelo e do pé | Somente para grau III 1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: a. mobilidade; b. atividade de vida diária; c. autocuidado e d. convívio social. 2. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1 , estes serão enquadrados na CID da seqüela. | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|---|---|--------|
| T87 | Complicações próprias de reimplante e amputação | <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista descrevendo segmento afetado e o tipo de complicação (neuroma, infecção, necrose, contratura, edema, hematoma) e as limitações funcionais nas atividades:</p> <p>a. mobilidade; b. atividade de vida diária; e c. autocuidado.</p> | Não | 4 anos |
| T90.5 | Sequela de traumatismo intracraniano | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou clínico descrevendo as alterações neurológicas (memória, orientação, raciocínio, crítica, motricidade) e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação; b. autocuidado; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de exame TC de crânio.</p> | Não Sim - Se com comprometimento cognitivo | 2 anos |
| T91.1 | Sequela de fratura de coluna vertebral | <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a fratura, as lesões associadas, procedimento cirúrgico, o exame de imagem realizado, as limitações motoras e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames: a. laudo de exames de RNM ou; b. Relatório funcional emitido pelo Fisioterapeuta descrevendo fratura e lesões associadas.</p> | Não | 2 anos |
| T92.6 | Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro superior | <p>1. Relatório Médico descrevendo a natureza da lesão, sua localização e as limitações funcionais em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade; b. autocuidado; e c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX ou resumo de alta hospitalar do membro comprometido.</p> | Não | 4 anos |
| T93.1 | Sequela de fratura de fêmur | <p>1. Relatório Médico descrevendo encurtamento de membro que leve à dificuldade de deambulação.</p> <p>2. Escanometria \geq 3cm.</p> | Não | 1 ano |

| | | | | |
|--------------|---|---|-----|--------|
| T93.6 | Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro inferior | <p>1. Relatório Médico descrevendo a natureza da lesão, sua localização e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade, b. autocuidado, c. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de RX do membro comprometido ou Resumo de Alta Hospitalar.</p> | Não | 4 anos |
| T95.2 | Sequelas de queimadura, corrosão e geladura de membro superior | <p>1. Relatório Médico especificando o grau, a extensão da lesão e a sequela, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade, b. atividade de vida diária e; c. autocuidado.</p> <p>2. Para os casos de amputação apresentar laudo de exame de RX, para os demais casos Resumo de Alta Hospitalar.</p> | Não | 4 anos |
| T95.3 | Sequelas de queimadura, corrosão e geladura de membro inferior | <p>1. Relatório Médico especificando o grau, a extensão da lesão e a sequela, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade, b. atividade de vida diária e; c. autocuidado.</p> <p>2. Para os casos de amputação apresentar laudo de exame de RX, para os demais casos Resumo de Alta Hospitalar.</p> | Não | 4 anos |

Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

| | | | | |
|---------------|----------------------|--|-----|--------|
| Z 93.0 | Traqueostomia | <p>1. Relatório Médico descrevendo:</p> <p>a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.</p> | Não | 2 anos |
| Z 93.1 | Gastrostomia | <p>1. Relatório Médico descrevendo:</p> <p>a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.</p> | Não | 2 anos |
| Z 93.2 | Ileostomia | <p>1. Relatório Médico descrevendo:</p> <p>a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.</p> | Não | 2 anos |
| Z 93.3 | Colostomia | <p>1. Relatório Médico descrevendo:</p> <p>a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.</p> | Não | 2 anos |

| | | | | |
|---------------|---|--|-----|--------|
| Z 93.4 | Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal | 1. Relatório Médico descrevendo: a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base. | Não | 2 anos |
| Z 93.5 | Cistostomia | 1. Relatório Médico 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, uretostomia | 1. Relatório Médico descrevendo: a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base. | Não | 2 anos |