

GUIA DE APOIO PARA SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS E FLUXOS DE CONSULTAS

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação e Gestão de Informação - DRECRAGI
LAGES – SC

2019

SOLICITAÇÃO/SISREG/ SEM PRESTADOR	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	FLUXO
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+ lateral) RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (0204010080)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Neste caso, inclui as posições ou incidências antero-posterior, lateral do crânio.	<p>GRUPO RADIODIAGÓSTICO</p> <p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, VAGA TELA (CASO NÃO HAJA VAGA EM TELA INSERIR NA OPÇÃO FILA DE ESPERA);</p> <p>-ORIENTAR O PACIENTE PARA QUE DIRIJA-SE AO PRESTADOR (HTR E HISB) AGENDAR O EXAME, LEVAR A REQUISIÇÃO DO EXAME E A AUTORIZAÇÃO COM DATA E HORÁRIO (SISREG). O PACIENTE DEVERÁ PROCURAR O PRESTADOR ANTES DA DATA QUE ESTA NA AUTRIZAÇÃO DO SISREG.</p>
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDO (BILATERAL)(0204010101) MESMA RADIOGRAFIA DE OUVIDOS RX MASTOIDE OU ROCHEDOS BILATERAL (0204010101)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Neste caso, do mastóide e rochedos, bilateral.	
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) (0204010063) RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	Consiste no estudo do cavum da adenoide e hipofaringe.	
RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (0204010055) (ATM) RADIOGRAFIA ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL (0204010055)	Consiste na radiografia localizada de ambas as ATM com a boca aberta e fechada	
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (SUSPEITA DE INFLAMAÇÃO (SINUSITE OU PÓLIPOS) RADIOGRAFIA SEIOS DA FACE - F.N.+M.N (0204010144)	Registram-se imagens da cabeça em posição postero-anterior oblíqua, com especial interesse nos seios paranasais, além de outras indicações.	
RADIOGRAFIA OSSOS DA FACE (FRATURAS, PROEMINÊNCIAS E TRAUMAS) RADIOGRAFIA OSSOS DA FACE - M.N.+F.N (0204010128)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Neste caso, dos ossos da face nas posições mn, lateral e hirtz (sub-mento).	
RADIOGRAFIA DE ESTERNO(0204030099) RADIOGRAFIA ESTERNO (AP E PERFIL) (0204030099)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do osso esterno.	
RADIOGRAFIA COSTELAS-ARCOS COSTAIS-GRADIL COSTAL RADIOGRAFIA COSTELAS - (ARCOS COSTAIS) (0204030072)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas de toda a coluna vertebral desde a cervical até o cox.	
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO(TRES	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e	

POSIÇÕES(0204040116) RADIOGRAFIA DE OMBROS RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (0204040116) RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO (0204040116)	tecidos com propriedades diferenciadas do ombro, incluindo a escápula, com três incidências. Obs: Quando for solicitado somente escapula a inserção no SISREG é a mesma de ombro.
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR (DIREITO) (0204040027) RX ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR (ESQUERDO) (0204040027)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação acromio-clavicular.
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA(0204040060) RADIOGRAFIA CLAVICULA DIREITA (0204040060) RADIOGRAFIA CLAVICULA ESQUERDO (0204040060)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da clavícula.
RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL(0204040035) RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL DIREITA (0204040035) RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDO (0204040035)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação escapuloumeral.
RADIOGRAFIA DE BRAÇO RADIOGRAFIA BRAÇO ESQUERDO (AP E PERFIL) (0204040051) RADIOGRAFIA BRAÇO DIREITO (AP E PERFIL) (0204040051)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas de todo o tórax na posição antero-posterior. É raio x simples de tórax. Obs: Quando for solicitado RX DE UMIERO a inserção no SISREG é a mesma de braço.
RADIOGRAFIA DE COTOVELO(0204040078) RADIOGRAFIA COTOVELO DIREITO (AP E PERFIL) (0204040078) RADIOGRAFIA COTOVELO ESQUERDO (AP E PERFIL) (0204040078)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do cotovelo.
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO(0204040019)	Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e

<p>RADIOGRAFIA ANTEBRAÇO DIREITO (AP E PERFIL) (0204040019) RADIOGRAFIA ANTEBRAÇO ESQUERDO (AP E PERFIL) (0204040019)</p>	<p>tecidos com propriedades diferenciadas dos ossos do antebraço.</p> <p>Obs:Quando for solicitado ULNA e RADIO a inserção no SISREG é a mesma de antebraço.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE PUNHO</p> <p>RADIOGRAFIA PUNHO DIREITO: (AP E PERFIL) (0204040124) RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO: (AP E PERFIL) (0204040124)</p>	<p>Propriedades diferenciadas do punho nas posições antero-posterior, lateral e oblíqua.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE MÃO (0204040094)</p> <p>RADIOGRAFIA MÃO DIREITA (AP E OBLÍQUO) (0204040094) RADIOGRAFIA MÃO ESQUERDA (AP E OBLÍQUO) (0204040094)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas de uma mão.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO (0204040086)</p> <p>RADIOGRAFIA QUIRODACTILOS (DIREITO) (AP E PERFIL) (0204040086) RADIOGRAFIA QUIRODACTILOS (ESQUERDO) (AP E PERFIL) (0204040086)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas dos dedos de uma mão.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO(P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA) (0204040108)</p> <p>RADIOGRAFIA MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA (0204040108)</p>	<p>É indicado para diagnóstico da maturidade óssea da criança (idade fisiológica) em relação a sua idade cronológica (idade contada em anos), possibilitando avaliar se o crescimento ósseo da criança está finalizado ou ainda irá continuar por algum tempo.</p> <p>Obs: O médico deve prescrever dessa forma, não citar somente nos dados clínicos.</p>	
<p>RADIOGRAFI DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL (0204060060)</p> <p>RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITO (AP E PERFIL) (0204060060) RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDO (AP E PERFIL) (0204060060)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação coxofemural.</p> <p>Obs: Quando for solicitado QUADRIL E ou D a inserção no SISREG é a mesma de articulação coxofemoral.\</p>	

<p>RADIOGRAFIA DE BACIA (0204060095) (MESMA PELVE E/OU PANORÂMICA DE QUADRIL)</p> <p>RADIOGRAFIA BACIA (0204060095)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação da bacia.</p> <p>Obs: Quando for solicitado QUADRIL sem especificar os lados, a inserção no SISREG é a mesma bacia.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE SACRO-ILÍACA (INDEPENDENTE DE ESPECIFICAR LADOS)</p> <p>RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACA (0204060079)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação sacro-ilíaca.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE JOELHOS (AP+LATERAL) (0204060125)</p> <p>RADIOGRAFIA JOELHO DIREITO (AP E PERFIL) (0204060125) RADIOGRAFIA JOELHO ESQUERDO (AP E PERFIL) (0204060125)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do joelho nas posições ânteroposterior e lateral.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) (0204060133)</p> <p>RADIOGRAFIA JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT. + AXIAL DIREITO (0204060133) RADIOGRAFIA JOELHO OU RÓTULA - AP + LAT. + AXIAL ESQUERDO (0204060133)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do joelho ou patela nas posições ânteroposterior, lateral e axial.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE COXA (0204060117)</p> <p>RADIOGRAFIA COXA DIREITA (AP E PERFIL) (0204060117) RADIOGRAFIA COXA ESQUERDA (AP E PERFIL) (0204060117)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da articulação da coxa.</p> <p>Obs: Quando for solicitado FEMUR, a inserção no SISREG é a mesma que coxa.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE PERNA (0204060168)</p> <p>RADIOGRAFIA PERNA DIREITA (AP E PERFIL) (0204060168) RADIOGRAFIA PERNA ESQUERDA (AP E PERFIL) (0204060168)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da perna.</p> <p>Obs: Quando for solicitado TIBIA ou FIBULA, a inserção no SISREG é a mesma que perna.</p>	
<p>RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e</p>	

<p>RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA DIREITA (0204060087) RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA ESQUERDA (0204060087)</p>	<p>tecidos com propriedades diferenciadas da articulação túbio-társica.</p> <p>Obs: Quando for solicitado TORNOZELO, a inserção no SISREG é a mesma que túbio-társica.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DO PÉ OU DEDOS DO PÉ (0204060150)</p> <p>RADIOGRAFIA PÉ OU PODODACTILOS DIREITO (AP E OBLIQUO) (0204060150) RADIOGRAFIA PÉ OU PODODACTILOS ESQUERDO (AP E OBLIQUO) (0204060150)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do pé ou dos dedos do pé.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO</p> <p>RADIOGRAFIA CALCÂNEO DIREITO (PERFIL E AXIAL) (0204060109) RADIOGRAFIA CALCÂNEO ESQUERDO (PERFIL E AXIAL) (0204060109)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do calcâneo.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) (0204020034)</p> <p>RADIOGRAFIA COLUNA CERVICAL (AP E PERFIL) (0204020034)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Neste caso, inclui as posições ou incidências antero-posterior, lateral e oblíquas da coluna vertebral.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA (0204020050)</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA (0204020050)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Com as manobras de flexão e extensão da coluna cervical.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL) (0204020093)</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL) (0204020093)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas. Com as incidências antero-posterior e lateral da coluna torácica.</p> <p>Obs: Quando for solicitado COLUNA DORSAL, a inserção no SISREG é a mesma que torácica.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR (0204020107)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da coluna toraco-lombar.</p>	

<p>RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP/PERFIL) (0204020093) E COLUNA LOMBAR (AP/PERFIL) (0204020069)</p>	<p>OBS: destina-se para visualização apenas do segmento de intersecção entre as duas colunas, caso necessite do rx completo de coluna solicitar uma dorsal e uma lombar.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE SACRO-COCCÍGEA (0204020123)</p> <p>RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA (0204020123)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas da região sacro-coccígea.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (0204050138)</p> <p>RADIOGRAFIA ABDOMEN SIMPLES: AP (0204050138)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas do abdomen, exclusivamente na posição antero-lateral.</p>	
<p>RADIOGRAFIA ABDOMEN AGUDO(MÍNIMO DE TRÊS INCIDENCIAS) (0204050120)</p> <p>RADIOGRAFIA ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) (0204050120)</p>	<p>Propriedades diferenciadas do abdomen nas posições antero-posterior, lateral ou localizada, quando há suspeita de quadro de abdomen agudo.</p> <p>Obs: Quando for solicitado RX ABDÔMEN AGUDO OU ORTOSTÁTICO, a inserção no SISREG é a mesma que abdômen agudo.</p>	
<p>RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (0204050146)</p> <p>RADIOGRADIA DE ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO – ADULTO (0204050146)</p> <p>- MESMO QUE REED (SERIOGRAFIA SED)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos do estômago e duodeno.</p> <p>FORA DO GRUPO</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO(SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>CLISTER OPACO C/ DUPLOCONTRASTE(02.04.05.001-4) (MESMO ENEMA OPACO)</p> <p>CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE (0204050014)</p>	<p>Consiste no exame radiológico diagnóstico cujo objetivo é avaliar o funcionamento e a forma do intestino grosso (ceco, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmoide, reto e canal anal), usando contraste de bário e duplo contraste. também chamado clister opaco consiste em colocar através de uma sonda, um pouco de contraste (geralmente de bário) no intestino do indivíduo e em seguida realizar um raio-x abdominal para investigar possíveis doenças ou alterações no intestino.</p> <p>GRUPO RADIODIAGNÓSTICO, PORÉM, INSERE EM REGULACÃO.</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISICÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULACÃO;</p> <p>-ORIENTACÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISICÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZACÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULACÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZACÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVACÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) (0204050154)</p> <p>RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) (0204050154)</p>	<p>Estudar as estruturas do duodeno, jejuno e íleo. O exame do intestino delgado tem consiste no procedimento que avalia todos os segmentos do intestino delgado, incluindo válvula ileocecal, até o início do grosso. Pode ser realizado para avaliar a morfologia do intestino e a sua funcionalidade. Este exame é indicado em caso de doença inflamatória intestinal (doença de chron, retocolite ulcerativa), diarreia e constipação.</p> <p>Obs: FORA DE GRUPO</p>	<p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULACÃO;</p> <p>-ORIENTACÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISICÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZACÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULACÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZACÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVACÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE) (0204020131)</p> <p>COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE PANORÂMICA (TELESPONDILOGRAFIA) (0211050083)</p>	<p>Proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas de toda a coluna vertebral desde a cervical até o cox.</p> <p>GRUPO RADIODIAGNÓSTICO MAS INSERE EM REGULACÃO</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO REQUISICÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULACÃO;</p> <p>-ORIENTACÃO AO PACIENTE PARA QUE</p>

		<p>GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES (0204060176)</p> <p>PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES (0204060176)</p>	<p>Consiste no exame de raio x cuja principal indicação é a investigação de desvios nos joelhos (genu valgo e genu varo), e ainda para investigar alterações degenerativas (artrose), inflamatórias e infecciosas. Alguns tumores ósseos também podem ser identificados.</p> <p>GRUPO RADIODIAGNÓSTICO MAS INSERE EM REGULAÇÃO</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RADIOGRAFIA PANORÂMICA (0204010179)</p> <p>PANORÂMICA DE MANDIBULA-ORTOPANTOGRAFIA (ODONTOLOGICA)</p>	<p>Panorâmica - exame realizado em filme 15 cm x 30 cm, onde registram-se simultaneamente as imagens dos maxilares superior e inferior através de corte tomográfico.</p> <p>- PROCEDIMENTO FORA DO GRUPO</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>POLISSONOGRRAFIA (0211050105)</p> <p>POLISSONOGRRAFIA (0211050105)</p>	<p>É o método diagnóstico mais objetivo para a avaliação do sono e de suas variáveis fisiológicas. Através do registro de três parâmetros mínimos: eletrencefalograma, eletrooculograma e eletromiograma sub-mentoniano quantifica e qualifica o sono do indivíduo. Registra ronco, fluxo de ar, oxigenação, posição e parâmetros acessórios como o fluxo aéreo nasal, a oximetria, o esforço respiratório, o elctocardiograma, o eletromiograma tibial anterior, dentre outros, contribuindo parao diagnóstico de doenças relacionadas ao sono.</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG) COM DATA E HORÁRIO DE AGENDAMENTO;</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE A CLÍNICA RADIOLAGES;</p>
<p>ESCANOMETRIA (0204060036)</p> <p>ESCANOMETRIA (0204060036) (GRUPO RADIODIAGNÓSTICO)</p>	<p>Consiste no exame rotineiro utilizado para diagnóstico da diferença entre os membros inferiores e seu respectivo tratamento. O exame funciona como um raio-x comum, acompanhado de uma régua escanograma para medir os ossos e identificar se há ou não simetria entre eles. Se houver, é preciso tomar algumas medidas para compensar o desnível entre os membros, normalmente inferiores, como palmilhas de compensação e próteses.</p> <p>GRUPO RADIODIAGNÓSTICO MAS INSERE EM REGULAÇÃO</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO.</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) (0211050083)</p> <p>ELETRONEUROMIOGRAFIA (0211050083)</p>	<p>Eletroneuromiografia é um exame neurofisiológico, utilizado no diagnóstico e prognóstico de lesões no sistema nervoso periférico.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG)</p>

		<p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ELETRORRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTOESTIMULO (0211050024)</p> <p>ELETRORRAGRAMA (0211050024)</p>	<p>O EEG é um exame que analisa a atividade elétrica cerebral espontânea, captada através da utilização de eletrodos colocados sobre o couro cabeludo. Como a atividade elétrica espontânea está presente desde o nascimento, o EEG pode ser útil em todas as idades, desde recém-nascidos até pacientes idosos. O objetivo desse exame é obter registro da atividade elétrica cerebral para o diagnóstico de eventuais anormalidades dessa atividade. Obs: O eletrorrgrama solicitar somente para idade acima de 15 anos, de 0 a 14 anos deve ser encaminhado ao setor de TFD.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO.</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) (0204060028)</p> <p>DENSITOMETRIA OSSEA - RADIODIAGNÓSTICO (0204060028)</p>	<p>É o exame por imagem que permite medir a densidade mineral óssea e comparar com padrões para idade e sexo. As imagens para diagnóstico são do fêmur e da coluna vertebral (e pode incluir região distal do rádio e o corpo inteiro em situações especiais) avalia a presença e o grau da osteoporose.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / ÓSSEA) (0211070041)</p> <p>AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA/ÓSSEA) (0211070041)*</p>	<p>Consiste na realização de audiometria tonal por via aérea e por via óssea.</p> <p>Obs: *Solicitar na guia e no SISREG: audiometria tonal + vocal sempre.</p>	<p>GRUPO AUDIOMETIRA</p> <p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>- *Solicitar na guia e no SISREG: audiometria tonal + vocal sempre.</p>
<p>LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) (0211070211)</p> <p>AUDIOMETRIA VOCAL - (LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF) (0211070211)*</p>	<p>Consiste na realização de testes de reconhecimento de fala que compreendem: limiar de detecção de voz (LDV), índice de reconhecimento de fala (IRF), limiar de reconhecimento de fala (LRF).</p> <p>Obs: *Solicitar na guia e no SISREG: audiometria tonal + vocal sempre.</p>	<p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO.</p> <p>- APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>IMITANCIOMETRIA (0211070203)</p> <p>IMITANCIOMETRIA (0211070203)</p>	<p>Consiste em: timpanometria, complacencia estática, medida do reflexo estapedio e pesquisa do recrutamento de metz.</p>	<p>- APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>BERA - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATENCIA (0211070262)</p> <p>POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO BERA (0211070270)</p>	<p>Consiste na realização do potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>- APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA) (0211070149)</p> <p>EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)</p>	<p>Consiste em método objetivo para verificação da funcionalidade/integridade da cóclea, utilizando equipamentos audiológicos e orientações para acompanhamento da audição e linguagem.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; - APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (0211070262)</p> <p>POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA</p>	<p>Consiste na realização do potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; - APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA) (0211070157)</p> <p>ESTUDO DE EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)</p>	<p>Consiste na realização do exame de emissões otoacustica evocadas transientes ou por produto de distorsão.</p> <p>- MESMO QUE RETESTE DE ORELHINHA</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE</p>

		EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; - APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
REAVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS (0211070297) REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	Consiste na reavaliação otorrinolaringológica; reavaliação fonoaudiológica de linguagem e reavaliação audiológica; orientação à família e atendimento do serviço social.	-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO ; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; - APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR) BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) - DIREITA (0211060011) BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) - ESQUERDA (0211060011)	Exame para mensuração do diâmetro ânteroposterior do globo ocular com ou sem cálculo do valor dióptrico de lente intra-ocular (inclui múltiplos cálculos por olho - fórmulas e constantes de materiais).	GRUPO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM OFTALMOLOGIA - PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I, APAC OU REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO ; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);
CAMPIMETRIA (CAMPO VISUAL) CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO - OLHO ESQUERDO (0211060038) CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO - OLHO DIREITO (0211060038)	Exame para avaliação do campo visual. Indicado principalmente no diagnóstico e acompanhamento de glaucoma, doenças neuro-oftalmológicas.	-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;
CAPSULOTOMIA YAG LASER CAPSULOTOMIA A YAG LASER - OLHO	Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica, sob anestesia local, para	

ESQUERDO (0405050020) CAPSULOTOMIA A YAG LASER - OLHO DIREITO (0405050020)	tratamento a laser de opacidades capsulares retro lenticulares.	<p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p> <p>ATENÇÃO - QUE REQUISIÇÃO UTILIZAR:</p> <p>- ANGIOFLUORESCEINOGRRAFIA/ANGIOGRAFIA/RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE REQUISIÇÃO SIMPLES</p> <p>-BIOMETRIAREQUISIÇÃO SIMPLES</p> <p>-CAMPIMETRIA (REQUISIÇÃO SIMPLES);</p> <p>-CAPSULOTOMIA YAG LESER (APAC)</p> <p>-CERATOMETRIA (REQUISIÇÃO SIMPLES)</p> <p>-CURVA TENCIONAL DIÁRIA/CURVA DE PIO (REQUISIÇÃO SIMPLES)</p> <p>-EPILAÇÃO DE CÍLIOS (REQUISIÇÃO SIMPLES)</p> <p>-EPILAÇÃO LASER (REQUISIÇÃO SIMPLES)</p> <p>-EXERESE DE CALÁSIO (APAC)</p> <p>-EXERESE DE PTERÍGIO (BPA-I)</p> <p>-FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)</p>
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - OE (0405030045) FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - OD (0405030045)	Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial, com finalidade terapêutica para tratamento de retinopatia diabética, vasculopatias retinianas, degeneração macular relacionada à idade, descolamento de retina e lesões periféricas de retina, entre outros.	
GONIOSCOPIA (0211060119) GONIOSCOPIA (0211060119)	Avaliação e classificação do ângulo da câmara anterior do olho, 360°, binocular.	
INJEÇÃO INTRA-VITREO (0405030053) INJEÇÃO INTRA-VÍTREO OD INJEÇÃO INTRA-VÍTREO OE	Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica para tratamento de endoftalmite, uveítes intermediária e posterior, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade, entre outros.	
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (0211060151) PAM - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (0211060151)	Avaliação da máxima acuidade sob orifício estenopecico (projeção ou retro-iluminada).	
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (0205020020) PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - OLHO DIREITO (0205020020)	Consiste em procedimento não invasivo onde, por meio de ultrassom é realizada a medição da espessura da córnea. O código corresponde a um olho, ou seja, monocular.	

PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - OLHO ESQUERDO (0205020020)		-FUNDOSCOPIA (NÃO INSERIR SISREG, REALIZADO DURANTE A CONSULTA COM OFTALMO)
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR (0211060178) RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR (021160178) (PAPILOGRAFIA E ESTEROFOTO DE PAPILA – inserir em retinografia colorida binocular)	Registro fotográfico colorido da retina e/ou nervo óptico (analógico ou digital), binocular. Não poderá ser cobrado simultaneamente ao código de retinografia fluorescente.	-GONIOSCOPIA REQUISIÇÃO SIMPLES -INJEÇÃO INTRA-VÍTREO (BPA-I) -MAPEAMENTO DE RETINA (NÃOINSERE NO SISREG, REALIZADO DURANTE A CONSULTA COM OFTALMO)
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (Angiofluoresceinografia ou Angiografia) RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (0211060186)	Registro fotográfico da retina realizado após injeção de contraste (fluoresceína). Bilateral, analógico ou digital. Inclui impressão das imagens e laudo.	-MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA/MEC (REQUISIÇÃO SIMPLES) -OCT (APAC) -PAM/POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (REQUISIÇÃO SIMPLES)
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (0405010168) SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS (0405010168) REQUISIÇÃO SIMPLES	Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade diagnóstica e terapêutica, sob anestesia local, para desobstrução do canal lacrimal ou diagnóstico do nível da obstrução lacrimal (unilateral).	-PAQUIMETRIA ULTRASSONICA REQUISIÇÃO SIMPLES -RETINOGRAFIA COLORIDA REQUISIÇÃO SIMPLES
ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) (0205020089) ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA - OLHO DIREITO	Consiste na avaliação das estruturas intra e extra-oculares por ultrassom modo “b” com registro gráfico.	-SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS (REQUISIÇÃO SIMPLES) -TONOMETRIA (NÃOINSERE NO SISREG, REALIZADO DURANTE A CONSULTA COM

<p>(0205020089) ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA - OLHO ESQUERDO (0205020089)</p>		<p>OFTALMO)</p> <p>-TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA/CERATOSCOPIA REQUISIÇÃO SIMPLES</p> <p>-US DE GLOBO OCULAR REQUISIÇÃO SIMPLES</p> <p>- SOLICITAÇÃO DE FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (APAC) SOMENTE A REGULAÇÃO QUE INSERE.</p>
<p>INJECAO INTRA-VITREO (0405030053)</p> <p>INJECAO INTRA-VITREO - OE (0405030053) INJECAO INTRA-VITREO - OD (0405030053)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica para tratamento de endoftalmite, uveítes intermediária e posterior, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade, entre outros.</p>	
<p>IRIDOTOMIA A LASER 04.05.05.019-4 -</p> <p>IRIDOTOMIA A LASER - OLHO ESQUERDO (0405050194) IRIDOTOMIA A LASER - OLHO DIREITO (0405050194)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica, sob anestesia local, a laser, para tratamento de glaucoma.</p>	
<p>CERATOMETRIA (0211060054)</p> <p>CERATOMETRIA (0211060054)</p>	<p>Avaliação do poder dióptrico corneano. Procedimento indicado em altas ametropias e patologias corneanas.</p>	
<p>EPILACAO DE CILIOS (04.05.01.006-0)</p> <p>EPILAÇÃO DE CILIOS - OLHO DIREITO (0405010060) EPILACAO DE CILIOS - OLHO ESQUERDO (0405010060)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica, sob anestesia local, com remoção cirúrgica de cílios com seu bulbo capilar o tratamento de triquiase ou distiquiase.</p>	

<p>EPILACAO A LASER (0405010052)</p> <p>EPILAÇÃO A LASER - OLHO ESQUERDO (0405010052)</p> <p>EPILACAO A LASER - OLHO DIREITO (0405010052)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica, sob anestesia local, com aplicação de laser para destruição do bulbo capilar dos cílios para o tratamento de triquiase ou distiquiase.</p>	
<p>EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS (0405010079)</p> <p>EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS - OLHO ESQUERDO (0405010079)</p> <p>EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS - OLHO DIREITO (0405010079)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico para retirada de calazio, cistos de moll, nevus palpebrais, milium e outras pequenas lesões palpebrais e em região de supercílio (unilateral).</p>	
<p>MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA</p> <p>MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - OLHO DIREITO (0211060143)</p> <p>MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - OLHO ESQUERDO (0211060143)</p>	<p>Avaliação das células endoteliais corneanas (inclui registro gráfico morfológico celular).</p>	
<p>OCT - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (0211060283)</p>	<p>Método de exame oftalmológico não invasivo e de não contato que permite a realização de cortes transversais de retina (segmento posterior), permitindo detectar sinais microscópicos de alterações precoces da retina, inclusive</p>	

<p>OCT - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (0211060283)</p>	<p>coriodorretinianas.</p>	
<p>TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (0211060267)</p> <p>TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA (0211060267)</p>	<p>Avaliação da topografia corneana com gráficos (binocular).</p> <p>Obs: Este procedimento é o mesmo que CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA COM GRAFICO</p>	
<p>CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO(MÍNIMO 3 MEDIDAS) (0211060062) O MESMO QUE CURVA DE PIO</p> <p>CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO(MÍNIMO 3 MEDIDAS) (0211060062)</p>	<p>Exame para diagnóstico e acompanhamento de glaucoma, devendo ser realizado no mesmo dia, com múltiplas medidas da pressão intra-ocular (mínimo de 3 medidas).</p>	
<p>FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (0405050372)</p> <p>FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (0405050372)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada, e outras) com uso de facoemulsificador com implante de lente intra-ocular dobrável acrílica ou de silicone.lente inclusa no procedimento.</p>	
<p>TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO (0405050364)</p>	<p>Consiste de procedimento cirúrgico ambulatorial com finalidade terapêutica, sob anestesia local, para</p>	

<p>TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERÍGIO - OLHO DIREITO (0405050364)</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERÍGIO - OLHO ESQUERDO (0405050364)</p>	<p>tratamento de pterígio (qualquer técnica).</p>	
<p>BIÓPSIA DE BEXIGA (0201010062)</p> <p>BIÓPSIA DE BEXIGA (0201010062)</p>	<p>Biópsias de bexiga provenientes de raspados vesicais deverão ser preferencialmente colhidas em frascos separados, quando se tratar de neoplasia. O primeiro frasco corresponde aos fragmentos superficiais, e o segundo, aos fragmentos mais profundos, visando à avaliação do grau de invasão da parede muscular.</p> <p>Obs: solicitar em guia BPA-I</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>BIÓPSIA DE PRÓSTATA (0201010410)</p> <p>BIÓPSIA DE PRÓSTATA (0201010410)</p> <p>BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASON (0201010410)</p>	<p>Realizada preferencialmente por via transretal guiada por ultrassom. Neste caso deve ser associada ao procedimento 0205020119 sendo realizadas, no mínimo oito punções com coleta de fragmentos tissulares distintos para exame histopatológico, representativos das diferentes regiões da glândula com ênfase nas áreas suspeitas ao exame retal ou ultrassonografia.</p> <p>FORA DE GRUPO(Biópsia de Próstata guiada por US)</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES (0303080019)</p> <p>CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES (0303080019)</p>	<p>Cauterização de HPV e Nasal.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL (0409040061)</p> <p>EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL (0409040061)</p>	<p>É sim um procedimento simples baseado da não necessidade de internação, rápido retorno a suas atividades cotidianas e de poder ser feito apenas com o uso de anestesia local!</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>BIOPSIA DE PENIS (0201010380)</p> <p>BIOPSIA DE PENIS (0201010380)</p>	<p>Consiste na remoção de pequenos fragmentos de tecido do organismo vivo no qual é colhida uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório.</p>	<p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE</p>

		EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
CATETERISMO DE URETRA (0211090026) CATETERISMO DE URETRA (0211090026)	É uma técnica que consiste na introdução de um cateter via uretra de forma a permitir a desobstrução do canal uretral.	-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO ; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO) (0309030056) DILATAÇÃO DE URETRA(0309030056)	Dilatação de uretra por sessão.	-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO ; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO(SISREG); -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.

<p>CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO (0208050019)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO (0208050019)</p>	<p>A cintilografia óssea é um exame de imagem utilizado, na maioria das vezes, para identificar sinais de câncer ou metástases para os ossos, além de identificar pontos de inflamação causados por infecções, artrites, fraturas, alterações na circulação sanguínea do osso, avaliação de próteses ósseas ou para investigar causas de dor nos ossos. É injetado na veia um radiofármaco, como gálio, que são substâncias radioativas.</p>	<p style="text-align: center;">GRUPO CINTILOGRAFIA</p> <p>-PRENCHIMENTO CORRETO DO BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG)</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS (0208090010)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS (0208090010)</p>	<p>São formadas primariamente imagens nas quais se vê a função dos órgãos em contraste com a radiologia geral em que são formadas imagens anatômicas em que se vê a forma dos órgãos. O rádio fármaco é a união de um radioisótopo análogo de uma molécula fisiológica escolhido de acordo com o órgão e função a ser estudada. A radiação gama é uma onda eletromagnética.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) (0208090029)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) (0208090029)</p>	<p>Consiste da avaliação da glândula lacrimal por radioisótopos.</p>	

<p>CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ESTIMULO (0208020039)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO (0208020039)</p>	<p>Neste exame é utilizado uma pequena quantidade de material radioativo (traçador) com o objetivo de avaliar o comportamento funcional das glândulas salivares, sendo útil na avaliação de processos que prejudicam o funcionamento habitual dessas glândulas (processos inflamatórios com ou sem cálculos, cistos e tumores).</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) (0208090037)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) (0208090037)</p>	<p>São formadas primariamente imagens nas quais se vê a função dos órgãos em contraste com a radiologia geral em que são formadas imagens anatômicas em que se vê a forma dos órgãos. O rádio fármaco é a união de um radioisótopo análogo de uma molécula fisiológica escolhido de acordo com o órgão e função a ser estudada.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJEÇÕES) (0208010025)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) (0208010025)</p>	<p>A cintilografia de perfusão miocárdica está indicada para o diagnóstico, avaliação do tratamento e prognóstico da doença coronária por meio da análise de disfunção ventricular e detecção de isquemia e viabilidade miocárdica. A cintilografia é um método usado na medicina nuclear para obtenção de imagens funcionais do corpo humano através de isótopos radioativos e o seu rastreamento.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM</p>	<p>A cintilografia de perfusão miocárdica está indicada para o diagnóstico, avaliação do tratamento e prognóstico da</p>	

<p>SITUAÇÃO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES) (0208010033)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) (0208010033)</p>	<p>doença coronária por meio da análise de disfunção ventricular e detecção de isquemia e viabilidade miocárdica. É um método usado na medicina nuclear para obtenção de imagens funcionais do corpo humano através de isótopos radioativos e o seu rastreamento.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) (0208050035)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) (0208050035)</p>	<p>A cintilografia óssea pode ser indicada nas seguintes situações: pesquisa de metástases ósseas causadas por variados tipos câncer, como de mama, próstata ou pulmão, por exemplo, para identificar áreas de alteração do metabolismo dos ossos, para identificar alterações causadas por osteomielite, artrites, tumores ósseos primários, fraturas, osteonecrose, distrofia simpática reflexa, infarto ósseo, viabilidade do enxerto ósseo e avaliação de próteses ósseas. Também é utilizada para investigar causas de dor óssea em que não foram identificadas as causas com outros exames.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES (0208030018)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES (0208030018)</p>	<p>São formadas primariamente imagens nas quais se vê a função dos órgãos em contraste com a radiologia geral em que são formadas imagens anatômicas em que se vê a forma dos órgãos. O rádio fármaco é a união de um radioisótopo análogo de uma molécula fisiológica escolhido de acordo com o órgão e função a ser estudada. A radiação gama é uma onda eletromagnética</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL</p>	<p>A cintilografia óssea é um exame de imagem utilizado, na maioria das vezes, para identificar sinais de câncer ou</p>	

<p>C/TÁLIO (SPCTO) (0208060014)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO) (0208060014)</p>	<p>metástases para os ossos, além de identificar pontos de inflamação causados por infecções, artrites, fraturas, alterações na circulação sanguínea do osso, de próteses ósseas ou para investigar causas de dor nos ossos.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ESTIMULO (0208030034)</p> <p>CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ESTIMULO (0208030034)</p>	<p>Consiste em cintilografia da tireoide após supressão com t3 ou t4 ou estímulo com TSH.</p> <p>Obs: Este procedimento está fora do grupo das cintilografias no SISREG.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDES (0208010050)</p> <p>CINTILOGRAFIA OSSEA C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) (0208050035)</p>	<p>Permite a visualização de imagens dos órgãos do paciente. Neste caso para avaliação do fluxo sanguíneo nas extremidades do corpo humano.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LIQUIDO) (0208020055)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO) (0208020055)</p>	<p>As cintilografias para avaliar o esvaziamento esofágico ou gástrico tem a finalidade de diagnosticar problemas no trânsito de alimentos pelo esôfago e estomago.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO) (0208020063)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO) (0208020063)</p>	<p>O estudo consiste na aquisição de sequência rápida de imagens na incidência anterior de tórax após a deglutição do radiofármaco misturado em semi-sólidos (exemplo: mingau). O processamento das imagens permite a avaliação qualitativa e quantitativa do esvaziamento esofágico.</p>	

<p>CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRANSITO GÁSTRICO (0208020071)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO (0208020071)</p>	<p>O estudo consiste na aquisição de sequência rápida de imagens na incidência anterior de tórax após a deglutição do radiofármaco misturado em líquidos ou semi-sólidos (exemplo: mingau). O processamento das imagens permite a avaliação qualitativa e quantitativa do esvaziamento esofágico.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL (0208020080)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL (0208020080)</p>	<p>Alguns processos fisiológicos a serem estudados não podem ser acelerados e a aquisição das imagens podem levar até 60 minutos. Este exame auxilia na identificação de câncer primário e metastático. Pesquisa de mucosa gástrica ectópica (pesquisa de divertículo de meckel).</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA (0208020101)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA (0208020101)</p>	<p>São formadas primariamente imagens nas quais se vê a função dos órgãos em contraste com a radiologia geral em que são formadas imagens anatômicas em que se vê a forma dos órgãos.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESFÁGICO (0208020110)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO (0208020110)</p>	<p>É indicado para screening e acompanhamento de pacientes com suspeita ou em tratamento de refluxo, apresentando menor exposição à radiação que a radioscopia. O exame contrastado convencional mantém seu papel na avaliação de alterações anatômicas dos pacientes que já tenham o diagnóstico de refluxo.</p>	

<p>CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DO CORPO INTEIRO (0208030042)</p> <p>CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO (0208030042)</p>	<p>Este exame auxilia na identificação de câncer primário e metastático (de próstata, mama, pulmão, tireoide, rim, suprarrenal, do esqueleto entre outros.</p>	
<p>CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) - (RENAL ESTÁTICA COM DMSA) (0208040056)</p> <p>CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) (0208040056)</p>	<p>Diagnóstico diferencial de pseudotumores renais (ex.: hipertrofia da coluna de bertin e lobulação fetal x tumor maligno). É um traçado gráfico de radioatividade medida externamente sobre os rins, durante um período de tempo, após a injeção intravenosa de um radionuclídeo que é retirado e excretado pelos rins.</p>	
<p>TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES (0303120070)</p> <p>TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES</p>	<p>O tratamento inclui medicamentos (IODO).</p> <p>Obs: procedimento até 15 MCI</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DO BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI) (0303120061)</p> <p>TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCI)</p>	<p>O tratamento inclui medicamentos (iodoterapia de baixa dose).</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DO BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/CAPTAÇÃO (0208030026)</p> <p>CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO (0208030026)</p>	<p>Este exame é capaz de realizar a avaliação funcional do hipo e hipertiroidismo, câncer de tireóide, hiperparatireoidismo. As imagens cintilográficas são adquiridas nas incidências anterior e oblíquas entre 10 e 30 minutos após a injeção do radiofármaco e permitem a avaliação morfo-funcional da glândula, muitas vezes complementando dados clínicos ou ultrassonográficos.</p> <p>Obs: este exame está fora do grupo de cintilografia.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DO BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -NÃO PRECISA DE REQUISIÇÃO SIMPLES; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG) -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO. -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>AVALIACAO URODINÂMICA COMPLETA (0211090018)</p> <p>ESTUDO URODINÂMICO (0211090018)</p>	<p>Consiste no registro de alterações relacionadas ao armazenamento e eliminação da urina, é um exame que tem como objetivo demonstrar a função do trato urinário inferior, mais especificamente evidencia se a bexiga consegue cumprir sua função.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE</p>

		<p>A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>UROFLUXOMETRIA (0211090077)</p> <p>UROFLUXOMETRIA (0211090077) (MESMO QUE FLUXOMETRIA)</p>	<p>Consiste no exame que permite estudar a velocidade do fluxo urinário, ou seja, a rapidez com que a urina é expelida e o volume de urina eliminada durante a micção e permite uma análise mais objetiva, com registo de valores e esquematização em forma de gráfico das variáveis medidas.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>PLÁSTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL (0409050067)</p> <p>PLÁSTICA DE FREIO (FRENULOPLASTIA) (0409050067)</p>	<p>É o corte ou remoção, uma alteração cirúrgica de um Frênulo quando sua presença restringe amplitude de movimento entre tecidos interligados.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p>

		<p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>HISTEROSSALPINGOGRAFIA (0204050065)</p> <p>HISTEROSSALPINGOGRAFIA (0204050065)</p>	<p>Consiste no exame ginecológico de raio-x do útero e das trompas, feito com contraste, com o objetivo de avaliar as causas de infertilidade de um casal. É capaz de identificar problemas ginecológicos, visualiza a anatomia do sistema reprodutor feminino desde o útero até os ovários. Identifica anomalias no útero ou nas trompas.</p> <p>Obs: este exame está fora de grupo.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA) (0211040045)</p> <p>HISTEROSCOPIA (0211040045)</p>	<p>A histeroscopia diagnóstica é o exame realizado para observar a cavidade uterina e o canal cervical.</p> <p>Obs: este exame está fora de grupo.</p> <p>*No momento está disponível pelo SUS somente a cirúrgica, encaminhada através do CEASM.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME PROTOCOLO/GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p>

		<p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) (0211020044)</p> <p>HOLTER (0211020044)</p>	<p>Consiste no exame que registra a atividade elétrica do coração e suas variações durante as 24 horas do dia por meio de um monitor portátil.</p>	<p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (0209010037)</p> <p>ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (0209010037)</p>	<p>Consiste na avaliação endoscópica preferencialmente dos três segmentos, podendo ser utilizada para exame de um ou mais segmentos. Permite também realizar várias intervenções diagnósticas e terapêuticas como obtenção de fragmentos de tecidos para análise (biopsia), extração ou exereses de polipo, destruição de dilatação vascular, dilatação de estenoses, entre outras.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE</p>

		<p>DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) (0211020052)</p> <p>MAPA - MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (0211020052)</p>	<p>Consiste no exame que mede a pressão arterial a cada 20 minutos, durante 24 horas, para a obtenção do registro da pressão arterial durante a vigília e o sono, como também durante eventuais sintomas como tontura, dor no peito e desmaio. Além disso, possibilita a avaliação da eficácia do tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (0201010585)</p> <p>PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMAS POR AGULHA FINA (PAAF) (0201010585)</p>	<p>Procedimento indicado não só para as displasias, mas principalmente na suspeita de neoplasia maligna (c50) e para diagnóstico de neoplasia benigna (d24), que comumente se apresentam como lesão única. O resultado do exame citológico pode, em uma minoria de casos, não ser de malignidade.</p> <p>Obs: procedimento guiado por ultrassonografia.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE,</p> <p>*DEVE ESTAR DESCRITO: PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMAS POR AGULHA FINA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA;</p> <p>PRENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE,</p> <p>*DEVE ESTAR DESCRITO: PUNÇÃO ASPIRATIVA</p>

		<p>DE MAMAS POR AGULHA FINA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA; *ECOGRAFIA DE TIREÓIDE; *ANATOMOPATOLÓGICO;</p> <p>- -INSERIR NO SISREG SOMENTE O PAAF: EM REGULAÇÃO;</p> <p>--ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE O BPAI E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG DO PAAF, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF (0201010470)</p> <p>PUNCAO ASPIRATIVA DA TIREOIDE (0201010470)</p>	<p>Consiste na PAAF (punção aspirativa com agulha fina) do tecido da glandular com anestesia local. São feitas várias laminas sendo um método minimamente invasivo.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE, *DEVE ESTAR DESCRITO: PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREÓIDE POR AGULHA FINA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA; *ECOGRAFIA DE TIREÓIDE; *ANATOMOPATOLÓGICO;</p> <p>- PREENCHER O FORMULÁRIO DE ANATOMOPATOLÓGICO(ENVIADO NO EMAIL DA UNIDADE;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE O BPAI E O PROTOCOLO (SISREG);</p>

		<p>-INSERIR NO SISREG SOMENTE O PAAF: EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE O BPAI E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG DO PAAF, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA (0201010569)</p> <p>BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA (0201010569)</p> <p>(MESMO DE CORE BIOPSIA)</p>	<p>Qualquer procedimento cirúrgico da mama com finalidade diagnostica ou terapêutica, quando se tratar de lesões não palpáveis ou palpáveis de até 3 (três) cm no seu maior diâmetro com diagnostico clinico, radiológico, ultrassonográfico, citológico ou histopatológico de lesão benigna ou maligna. Inclui a nodulectomia.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE, *DEVE ESTAR DESCRITO: BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA; *ECOGRAFIA DE MAMA; *ANATOMOPATOLÓGICO</p> <p>-INSERIR NO SISREG SOMENTE BIOPSIA: EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG DO PAAF, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p>

		-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (0203020030)	Consiste no exame macro e microscópio de material obtido por punção ou aspiração ou por biopsia ou por procedimento cirúrgico para tratamento ou diagnóstico definitivo. No caso de biopsias do aparelho digestivo colhidas por endoscopia devem ser coletados fragmentos por região anatômica do órgão analisado, assim como deve constar do laudo estas regiões. Nos casos de biópsia de próstata deve corresponder a análise de fragmentos coletados de cada sextante com o mínimo de oito.	-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, VAGA TELA ; - ORIENTAR O PACIENTE PARA QUE DIRIJA-SE AO PRESTADOR (BIOCITO) COM O MATERIAL DA COLETA, LEVAR A REQUISIÇÃO DO EXAME E A AUTORIZAÇÃO (SISREG).
POSTECTOMIA (0409050083) POSTECTOMIA (0409050083)	Procedimento cirúrgico que consiste na remoção do excesso prepucial ou remoção parcial do prepucio, sob anestesia local (adolescentes e adultos) ou sedação (crianças). Permite a exposição da glândula e facilita a higiene peniana, fator de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de câncer de pênis.	PREENCHIMENTO CORRETO DA APAC PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; Necessidade de leito cadastrado -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO ; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (APAC) E O PROTOCOLO (SISREG); -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.

<p>INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J (0409010170)</p> <p>RETIRADA DE CATETER DUPLO J (APAC)</p>	<p>O procedimento é feito introduzindo um aparelho com uma câmera e uma pinça através da uretra, até chegar à bexiga. Depois, com o auxílio da pinça, o médico segura o cateter duplo J e retira-o. Após a retirada do cateter o paciente pode sentir dor por até 3 dias.</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA GUIA PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO (0211020060)</p> <p>TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO (0211020060)</p>	<p>Consiste no exame complementar para diagnóstico de doenças cardiovasculares, além de ser essencial para pessoas aparentemente saudáveis como prevenção, ou para aquelas com cansaço excessivo ou dores no peito. Também é indicado para a investigação da circulação sanguínea coronariana, principalmente em pessoas que tenham histórico familiar de doenças cardiovasculares.</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR(0211080055)</p> <p>ESPIROMETRIA(0211080055)</p>	<p>A espirometria, também conhecida como teste de sopro, é um exame que mede a função pulmonar. ... É um exame em que se avalia os volumes e fluxos de ar que entram e saem do pulmão. Utiliza-se um aparelho no qual a pessoa assopra em um bocal, chamado espirômetro, e avalia-se o fluxo e a quantidade de ar que sai dos pulmões.</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (0205010016)</p> <p>ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE (0205010016)</p>	<p>Consiste no ecocardiograma que é feito como parte do teste de esforço, durante o qual, o paciente se exercita ou lhe é administrado um medicamento para obrigar que o coração bata mais forte e rápido, já que alguns problemas cardíacos, como doença na artéria coronária, são mais facilmente diagnosticados quando o coração está batendo mais forte e rápido</p>	<p>PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA (0205010024)</p> <p>ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA (0205010024)</p>	<p>Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. As imagens são obtidas por meio de um transdutor presente na extremidade da sonda introduzida no esôfago do paciente, possibilitando uma melhor imagem de certas estruturas cardíacas, como por exemplo, o apêndice atrial esquerdo, o septo interatrial e as veias pulmonares, além do que já é identificado pelo ecocardiograma transtorácico. A ecocardiografia apresenta imagens estáticas e em movimento do músculo e das valvas cardíacas e através do mapeamento de fluxos em cores pela técnica doppler, identifica a direção e velocidade do fluxo sanguíneo no interior das cavidades cardíacas.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ECOCARDIOGRAFIA FETAL (0205010032)</p>	<p>Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. O transdutor (sonda) é colocado sobre o tórax do paciente e é capaz de detectar sopros cardíacos, identificar causas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica ou doenças do músculo cardíaco (infarto do miocárdio, miocardiopatias), insuficiência cardíaca, valvulopatias, anomalias congênitas, entre outras.</p>	<p>-PRENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (0205010032)</p> <p>ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO (0205010032)</p>	<p>Consiste no procedimento não invasivo e altamente preciso onde é realizada avaliação das estruturas e do funcionamento do coração por meio de ultrassom. O transdutor (sonda) é colocado sobre o tórax do paciente e é capaz de detectar sopros cardíacos, identificar causas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica ou doenças do músculo cardíaco (infarto do miocárdio, miocardiopatias), insuficiência cardíaca, valvulopatias, anomalias congênitas, entre outras.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>URETROCISTOGRAFIA (0204050170)</p> <p>URETROCISTOGRAFIA (0204050170)</p>	<p>Consiste no exame que avalia o tamanho e a forma da bexiga e da uretra, ou seja, avalia o percurso miccional. É indicado principalmente para pesquisar se o paciente apresenta refluxo vesico-ureteral, condição em que a urina da bexiga volta para cima, em sentido inverso, muitas vezes, até o rim, ou para diagnosticar distúrbio miccional e estenose da válvula de uretra posterior.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA URETROSCOPIA (0209020016)</p> <p>CISTOSCOPIA (0209020016)</p>	<p>Consiste no exame das vias urinárias por meio de endoscópio, podendo haver realização de prova de função, com uso ou não de cateter, uni ou bilateral.</p> <p>Obs: Poderá ser solicitada também pelo profissional médico como URETROCISTOSCOPIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; - INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG); -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.
<p>UROGRAFIA VENOSA (0204050189)</p> <p>UROGRAFIA EXCRETORA (0204050189)</p>	<p>Consiste no estudo radiológico do sistema urinário com administração de contraste endovenoso com variações de acordo com indicação clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; - INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG); -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.

<p>ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (0205020127)</p> <p>ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (0205020127)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região (tireoide, glândulas salivares e cadeias Linfonodais cervicais). Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.</p>	<p align="center">GRUPO DE EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS</p> <p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p> <p>OBS: SOMENTE QUANDO FOR ARTICULAÇÃO DEVE SER SOLICITADO NA MESMA INSERÇÃO E NA MESMA REQUISIÇÃO, OUTRAS ULTRASSONOGRAFIAS DEVEM SER EM REQUISIÇÕES E INSERÇÕES SEPARADAS.</p>
<p>ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE OU CERVICAL COM DOPPLER COLORIDO (0205020127)</p> <p>ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO (0205020127)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região (tireoide, glândulas salivares e cadeias Linfonodais cervicais). Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.</p>	
<p>ULTRA-SONOGRAFIA DE REGIAO CERVICAL (PESCOCO) (0205020127)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região (tireoide, glândulas salivares e cadeias Linfonodais cervicais). Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.</p>	
<p>ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (0205020038)</p> <p>ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (0205020038)</p>	<p>É o exame por ultrassom que possibilita detectar lesões pequenas no parênquima hepático e dilatações nas vias biliares. Mostra com precisão a vesícula biliar e as condições da parede, bem como a dilatação do colédoco e presença ou não de cálculos. No pâncreas possibilita detecção de processos inflamatórios agudos e crônicos,</p>	

			cistos e pseudocistos, tumores, anomalias congênitas e traumatismo. Identifica tumores abdominais de conteúdo líquido ou sólido, bem como a presença de metástases hepáticas ou esplênicas e o aneurisma de aorta, e estudar a veia cava inferior em toda a sua extensão nesta cavidade.
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (0205020046)			Consiste em procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações do fígado, da vesícula biliar, dos rins, do pâncreas, da bexiga, dos grandes vasos, do retroperitônio e, eventualmente, do trato gastrointestinal.
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (0205020046)			
ULTRASSONAGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (0205020046)			Consiste em procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações da musculatura abdominal.
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (0205020054)			Permite a avaliação dos rins, ureteres e bexiga. E no sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata. Permite a avaliação dos rins, ureteres e bexiga. E no sexo masculino permite a avaliação do volume da próstata.
ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA) (0205020054)			
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (0205020070)			Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações da bolsa escrotal e dos testículos. Tem alta sensibilidade para o diagnóstico das patologias que incidem sobre essa região, sendo um método que não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos
ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (0205020070)			

	colaterais.	
ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO (0205020070)	Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações da bolsa escrotal e dos testículos. Tem alta sensibilidade para o diagnóstico das patologias que incidem sobre essa região, sendo um método que não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.	
ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES (0205020062)	Permite avaliar alterações e/ou lesões dos músculos, dos tecidos superficiais, verificar nódulos palpáveis em qualquer região do corpo ou lesões de origem traumática, bem como corpos estranhos, devendo ser especificado pelo médico e paciente o local a ser realizado o exame.	
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (0205020119) ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) (0205020119)	Consiste num procedimento não invasivo que se beneficia da menor distância entre o transdutor e a próstata, facilitando a perfeita visualização, identificação e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região. Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais. Dispensa a bexiga cheia, mas no geral, para um diagnóstico mais preciso, incluindo a avaliação da bexiga. Frequentemente este procedimento é precedido de uma investigação por via abdominal.	

<p>ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL) (0205020100)</p> <p>ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (0205020100)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo realizado por via abdominal suprapúbica utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões da bexiga, próstata e vesículas seminais, auxiliando, complementando o diagnóstico. Não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.</p> <p>OBS: Insere nesta opção também quando a solicitação for PÉLVICA masculina.</p>	
<p>ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) (0205020135)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo, utilizado para avaliação, seguimento, diagnóstico e caracterização das alterações e/ou lesões que possam ocorrer nessa região, não utiliza nenhum tipo de radiação e não apresenta efeitos colaterais.</p>	
<p>ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL (0205020097)</p> <p>ULTRASSONOGRRAFIA MAMAS BILATERAL (0205020097)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo que possibilita identificar lesões na mama, suas medidas, morfologia e avaliar o grau de suspeição de benignidade ou malignidade.</p>	
<p>ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICO COM DOPPLER COLORIDO (0205010059)</p>	<p>É um exame de ultrassonografia que consiste em fazer uma avaliação das estruturas de cada segmento do feto (cabeça, pescoço, coluna vertebral, tórax, abdômen, genitália externa e extremidades) e do líquido amniótico, cordão umbilical e placenta, com auxílio do Doppler</p>	

		colorido. OBS: Iserir sempre a IDADE GESTACIONAL nas observações.
ULTRASSONOGRRAFIA (0205020143)	OBSTETRICA	Permite o diagnóstico de gravidez, da viabilidade da gravidez, a determinação da idade gestacional e do tamanho do feto, assim como o diagnóstico de malformações fetais. Auxiliar o acompanhamento do crescimento do feto, o planejamento dos exames pré-natais e a previsão da data do parto. São realizadas medidas do bebê, avaliação dos órgãos internos do feto, da placenta e da quantidade de líquido amniótico. Incluindo as gestações múltiplas.
ULTRA-SONOGRAFIA (0205020143)	OBSTETRICA	
ULTRASSONOGRRAFIA (0205020151)	OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	Avalia o crescimento e vitalidade fetal com a utilização do recurso do doppler colorido. Permite a análise básica da anatomia fetal, a avaliação cardíaca das artérias umbilicais, das artérias renais e inserção do cordão umbilical. Incluindo as gestações múltiplas. O doppler pulsado permite a análise da função placentária pelo cálculo do índice de pulsatilidade da artéria umbilical e cerebral média. Também é possível a avaliação dos índices de resistência e pulsatilidade das artérias uterinas que podem predizer a presença de pré eclâmpsia.
ULTRA-SONOGRAFIA (0205020151)	OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	
ULTRA-SONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL (0205020143)	OBSTÉTRICA	É um exame que serve para medir a quantidade de líquido na região da nuca do feto, feito durante o ultrassom, realizado entre a 11ª e a 14ª semana de gestação.

<p>ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA - MORFOLOGICO (0205020143)</p>	<p>É um exame de ultrassonografia que consiste em fazer uma avaliação das estruturas de cada segmento do feto (cabeça, pescoço, coluna vertebral, tórax, abdômen, genitália externa e extremidades) e do líquido amniótico, cordão umbilical e placenta.</p> <p>OBS: Iserir sempre a IDADE GESTACIONAL nas observações.</p>	
<p>ULTRASSONOGRÁFIA PELVICA (GINECOLÓGICA) (0205020160)</p> <p>ULTRASSONOGRÁFIA PELVICA (GINECOLÓGICA) (0205020160)</p>	<p>Consiste num procedimento não invasivo realizado por via abdominal, região supra púbica. Serve para observar os órgãos no interior da pélvis (útero, ovários e trompas, além das artérias e veias da região) confirmando anormalidade nos órgãos pélvicos ou identificando a presença de alterações.</p> <p>OBS: Somente para mulheres, em caso de homens com problemas pélvicos, deve-se solicitar us de Próstata.</p>	
<p>ULTRASSONOGRÁFIA TRANSFONTANELA (0205020178)</p> <p>ULTRASSONOGRÁFIA TRANSFONTANELA (0205020178)</p>	<p>Técnica de escolha para a avaliação encefálica de neonatos e de lactentes, até o fechamento da fontanela anterior. Seguimento de hemorragias intracranianas e lesões hipóxico-isquêmicas, no diagnóstico de malformações congênitas encefálicas, infecções congênitas e adquiridas e na avaliação e controle de hidrocefalia.</p>	

<p>ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (0205020186)</p> <p>ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL (0205020186)</p>	<p>Capta imagens de todo o aparelho reprodutor e faz avaliação dos órgãos genitais internos (útero e ovários) quanto a sua normalidade, identificando eventuais patologias como miomas e neoplasias ou para detectar uma gravidez. Para controle de ovulação em pacientes que desejam engravidar ou que estejam fazendo tratamento de infertilidade. Não pode ser realizado em mulheres virgens.</p> <p>OBS: Em casos de NÃO GESTANTES.</p>	
<p>ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA – TRANSVAGINAL (ATE 12 SEMANAS) (0205020186)</p> <p>- USAR PARA ULTRA-SONOGRAFIA ENDOVAGINAL</p>	<p>Permite o diagnóstico de gravidez, da viabilidade da gravidez, a determinação da idade gestacional e do tamanho do feto, assim como o diagnóstico de malformações fetais. Auxiliar o acompanhamento do crescimento do feto, o planejamento dos exames pré-natais e a previsão da data do parto. São realizadas medidas do bebê, avaliação dos órgãos internos do feto, da placenta e da quantidade de líquido amniótico. Incluindo as gestações múltiplas.</p> <p>OBS: Somente em casos de GESTANTES ATÉ 12 SEMANAS</p>	
<p>ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO (0205020062)</p> <p>ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO – Antebraço D/E, ATM, Braço E/D, Clavícula, Cotovelo D/E, Coxa D/E, Coxofemoral D/E,</p>	<p>Consiste em procedimento não invasivo, que não utiliza radiação ionizante, sendo um importante meio de diagnóstico por imagem na avaliação das alterações das estruturas articulares e da musculatura associada à articulação.</p>	

<p>Dedos, Joelho D/E, Mão D/E, Ombro D/E, Panturrilha D/E, Perna D/E, Punho D/E, Quadril, Tendão de Aquiles, Tornozelo D/E, Região Inguina- bilateral (0205020062).</p>	<p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (0206010010)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNACERVICAL (0206010010)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE (0206010010)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	<p>GRUPO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</p>
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (0206010036)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA (MESMA DORSAL) (0206010036)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE (0206010036)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p> <p>Obs: Esse exame é o mesmo de Coluna Dorsal.</p>	<p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE, observando a necessidade de contraste ou não.</p> <p>- Obs: Em casos de abdome total solicitar contraste somente no abdômen superior.</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE</p>

		EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (0206010028)	Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.	-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA (0206010028)		- TOMOGRAFIAS COM SEDAÇÃO SÃO REALIZADAS EXCLUSIVAMENTE EM CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS E PACIENTES ESPECIAIS (CRÂNIO E COLUNA), DEVE ESTAR ESPECIFICADO NA REQUISIÇÃO “COM SEDAÇÃO”.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE (02060100285)		
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO (0206010079)	Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Inclui o estudo da região mastoidea.	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO (0206010079)		
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO (0206010079)		
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0206010079)	Obs: Em criança menor de três anos e/ou deficiente/deve conter na requisição: “com sedação”.	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OUVIDOS INSERIR EM CRÂNIO COM CONTRASTE	Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0206010079)</p>	<p>Inclui o estudo da região mastoidea.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS (INSERIR EM CRÂNIO COM CONTRASTE)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0206010079)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Inclui o estudo da região mastoidea. Neste caso inclui órbitas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES (0206010044)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ATRICULAÇÕES ATM (0206010044)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ATRICULAÇÕES ATM COM CONTRASTE (0206010044)</p> <p>TOMOGRAFIA CONE BEAM – 01 HEMI ARCO</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p> <p>Obs: Tomografia CONE BEAM é para fins odontológicos.</p>	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (0206010052)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE (0206010052)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (BIFURCAÇÕES CAROTÍDEAS, CARÓTIDAS COMUNS, VERTEBRAIS, SUBCLÁVIAS, TRONCO BRAQUIOCEFÁLICO) (0206010052)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM CONTRASTE (0206010052)</p>	<p>DO</p> <p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas das partes moles do pescoço inclusive laringe, faringe, tireoide, glândulas salivares e gânglios cervicais, facilitando a localização, detectando alterações muito pequenas nos tecidos, órgãos e outras estruturas e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO (0206010052)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO S/ CONTRASTE (0206010052)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM CONTRASTE (0206010052)</p>	<p>DO</p> <p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas das partes moles do pescoço inclusive laringe, faringe, tireoide, glândulas salivares e gânglios cervicais, facilitando a localização, detectando alterações muito pequenas nos tecidos, órgãos e outras estruturas e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (0206010060)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (HIPÓFISE) (0206010060)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA COM CONTRASTE (HIPÓFISE) (0206010060)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR (0206030037)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE (0206030037)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE (0206030037)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ILÍACA/VASOS ILÍACOS (0206030037)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE (0206030037)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE (0206030037)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos e outras estruturas do abdomen inferior, pelve e bacia e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0206030010)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0206030010)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do abdome, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos incluindo fígado, baço, pâncreas e rins e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR (0206030037)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE (0206030037)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE (0206030037)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos e outras estruturas do abdomen inferior, pelve e bacia e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DO ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0206030010)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do abdome, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em tecidos, órgãos incluindo fígado, baço, pâncreas e rins e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (0206020031)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX SEM CONTRASTE (0206020031)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX COM CONTRASTE (0206020031)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (0206020031)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX SEM CONTRASTE (0206020031)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX COM CONTRASTE (0206020031)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA (0206020031)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS (0206020031) (Com ou sem Escore de Cálcio)</p> <p>ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX (0206020031)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX COM CONTRASTE (0206020031)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p>	

<p>ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0206030010)</p> <p>TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE (0206030037)</p>	<p>Obs: Para solicitação de ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL, deve ser inserido os dois procedimentos: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0206030010) e TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE (0206030037).</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (0206020015)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR: COTOVELOS, OMBROS, PUNHOS E ESTERNO-CLAVICULAR COM E SEM CONTRASTE (0206020015)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Corresponde às articulações esterno-clavicular, ombro, cotovelo e punho.</p> <p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	
<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIORES (0206030029)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIORES: COXO-FEMORAIS, JOELHOS, TORNOZELOS, COXO-FEMORAIS SEM CONTRASTES, JOELHOS SEM CONTRASTE) (0206030029)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Corresponde às articulações sacro-ilíaca, coxo-femural, joelho, tornozelo e pé.</p> <p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	

<p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) (0206020023)</p> <p>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) (0206020023)</p>	<p>Consiste no método de diagnóstico por imagem que através de cortes axiais proporciona estudo detalhado de diferentes estruturas do corpo humano, facilita a localização, detecta alterações muito pequenas em ossos, tecidos, órgãos e outras estruturas do corpo e proporciona maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas.</p> <p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	
<p>ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (0207010013)</p> <p>ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL (0207010013)</p> <p>ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL COM CONTRASTE (0207010013)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo vascular cerebral.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (0207030049)</p> <p>COLANGIORESSONÂNCIA (0207030049)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que gera imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, consiste na exploração dos ductos biliares, colédoco e pâncreas. Pode ser utilizada na pesquisa de obstruções, cálculos, identificação de cistos e neoplasias, entre outras doenças pancreáticas menos comuns, mesmo em pacientes gastrectomizados.</p>	

<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (0207010030)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL (0207010030)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE (0207010030)</p>	<p>Este procedimento corresponde ao exame da coluna vertebral região cervical, inclusive pescoço, laringe, faringe, tireoide, glândulas salivares e gânglios cervicais, auxiliando a localização de lesões, detectando alterações muito pequenas nos tecidos, órgãos e outras estruturas e proporcionando maior precisão nas intervenções clínicas e cirúrgicas. Inclui angioressonancia dos vasos da região.</p>	<p style="text-align: center;">GRUPO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</p> <p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA BPA-I PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO (BPA-I) E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (0207010048)</p> <p>RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA (0207010048)</p> <p>RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE (0207010048)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região lombo-sacra.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (0207010056)</p> <p>RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA (DORSAL)(0207010056)</p> <p>RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA(DORSAL) COM CONTRASTE (0207010056)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da região torácica.</p>	

<p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (0207010064)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (0207010064)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0207010064)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Neste caso da cabeça/crânio.</p>	
<p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OUVIDOS INSERIR EM CRÂNIO COM CONTRASTE</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0207010064)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Neste caso da cabeça/crânio e ouvido.</p>	
<p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS (INSERIR EM CRÂNIO COM CONTRASTE)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM CONTRASTE (0207010064)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Neste caso da cabeça/crânio e orbita.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (0207010072)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) (0207010072)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) COM CONTRASTE (0207010072)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Neste caso da sela túrcica.</p>	

<p>RESSONANCIA MAGNETICA D/ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR(BILATERAL) (0207010021)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA D/ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (0207010021)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA D/ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR(BILATERAL) COM CONTRASTE (0207010021)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Neste caso das articulações temporo-mandibulares.</p>	
<p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (0207020035)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (0207020035)</p> <p>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX COM CONTRASTE (0207020035)</p> <p>(ESTERNO CLAVICULAR – inserir ressonância magnética de tórax)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Corresponde ao estudo da região torácica, mediastino, pulmão, mamas e parede torácica. Inclui o estudo do plexo braquial. E dos vasos da região, exceto aorta.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (0207030014)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (0207030014)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE (0207030014)</p> <p>(ABDOMEN TOTAL, RENAL E APARELHO URINÁRIO – inserir abdomen superior + bacia/pelve/abdomen inferior)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Neste caso da região superior do abdômen.</p>	

<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (0207030022)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (0207030022)</p> <p>(ABDOMEN TOTAL, RENAL E APARELHO URINÁRIO – inserir abdomen superior + bacia/pelve/abdomen inferior)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da bacia, pelve, abdômen inferior, ou vias urinárias.</p>	
<p>RESSONÂNCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (0207030022)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (0207030022)</p> <p>(SACRO-ÍLIACA – inserir bacia/pelve/abdomen inferior)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da bacia, pelve, abdômen inferior, ou vias urinárias.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (0207020027)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBROS D/E, BRAÇOS D/E, COTOVELO D/E, ANTEBRAÇO D/E, PUNHO D/E, MÃO D/E COM OU SEM CONTRASTE (0207020027)</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo do ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho e mão. Cada membro superior.</p> <p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (0207020030)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE COXOFEMURAL D/E, COXA D/E, JOELHO D/E,</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Corresponde ao estudo da articulação</p>	

<p>PERNA D/E, TORNOZELO D/E, PÉ D/E COM OU SEM CONTRASTE (0207030030)</p>	<p>coxofemural, coxa, joelho, perna, tornozelo e pé de cada membro inferior. OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	
<p>RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE (0207020019)</p> <p>RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO OU AORTA COM CINE – RM</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação. Neste caso há visualização da dispersão angiográfica dos vasos coronários após a injeção seletiva de contraste na artéria femural ou umeral, coração, aorta e vasos da base.</p>	
<p>RESSONANCIA COM SEDAÇÃO</p>	<p>Consiste no exame para diagnóstico que retrata imagens de alta definição dos órgãos de qualquer parte do interior do corpo humano, através da utilização de forte campo magnético e ondas de rádio frequência. Não utiliza radiação.</p>	<p>NÃO HÁ PRESTADOR COM ESTRUTURA PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO, NÃO É REALIZADO EM LAGES.</p>
<p>COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATORIA (0204050030)</p> <p>COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATORIO (0204050030)</p>	<p>Consiste no procedimento pelo qual é administrado um meio de contraste hidrossolúvel nas vias biliares após punção e pinçamento do dreno de kehr, posicionado no intra-operatório, permitindo verificar a possível presença de cálculos intra-hepáticos ou residuais no hepato colédoco, avaliando a permeabilidade das vias biliares incluindo a pupila de vater.</p>	<p>- ORIENTAR O PACIENTE A DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES NA CENTRAL DE SAÚDE.</p>

<p>ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (0205010040)</p> <p>ECODOPPLER ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES D/E, VENOSSO MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES D/E.</p>	<p>É o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velocidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza.</p> <p>OBS: Cada exame solicitado deverá ser inserido no SISREG na mesma solicitação.</p>	<p align="center">GRUPO ECODOPPLER VASCULAR</p> <p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (0205010040)</p> <p>ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS) (0205010040)</p> <p>US DOPPLER COLORIDO DE AORTA E VASOS ILIACOS, VASOS CERVICAS, ARTERIAS RENAI, VASOS E ESTRUTURAS, VASOS SUBCLAVIOS C/ MANOBRA – inserir ultrassonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos) (0205010040)</p>	<p>É o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velocidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza.</p>	

<p>ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (0205010040)</p> <p>ECODOPPLER DE CAROTIDAS/VERTEBRAIS (0205010040)</p>	<p>É o método mais integrado e preciso no diagnóstico de diversas patologias vasculares. Pode ser feito nas pernas, braços, pescoço, abdômen, vasos umbilicais e placenta durante a gestação. Analisa as características do fluxo sanguíneo em artérias e veias no diagnóstico de doenças vasculares periféricas e de órgãos abdominais. Disponibiliza informações sobre a velocidade de determinado fluxo, e mostra a direção e a magnitude dessa velocidade. Permite mapear em cores os vasos sanguíneos de uma região anatômica e torna possível a identificação de diminutos vasos que não seriam visualizados pela escala de cinza.</p>	
<p>ECODOPPLER (0205020011) TRANSCRANIANO</p> <p>ECODOPPLER (0205020011) TRANSCRANIANO</p>	<p>Exame não invasivo que permite o estudo hemodinâmico do polígono de willis, artérias oftálmicas e sistema vertebro basilar utilizando sonda de 2 mhz. O acesso deverá ser feito por via transtemporal, transorbitária, suboccipital e submandibular.</p>	<p>GRUPO ECODOPPLER VASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - PREENCHIMENTO CORRETO DO BPAI PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE; -INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO; -ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE O BPAI E O PROTOCOLO (SISREG); -APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO; -APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE Á CLÍNICA CONVENIADA.

<p>VIDEOLARINGOSCOPIA (0209040041)</p> <p>VIDEOLARINGOSCOPIA (0209040041)</p>	<p>Consiste no exame da porção mais alta das vias aéreas (nariz, laringe, e faringe) por meio de um aparelho endoscópico chamado laringoscópio de tubo fino e flexível com fibras óticas, que é introduzido através do nariz (nasolaringoscopia) portando em sua extremidade uma incâmera que permite visualizar, por via direta ou através de um monitor de vídeo, o interior das vias aéreas superiores e gravar as imagens correspondentes, caso necessário. Permite a visualização desde a região supra-glótica, glótica (pregas vocais), subglótica e até de parte da traqueia. Pode ser realizada concomitantemente à microscopia. Tem a finalidade de retirada de corpo estranho, exérese de pólipos, nódulos ou papilomas, e ainda para realização de biópsia ou dilatação de estenoses.</p>	<p>- PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p>
<p>RIZOTOMIA (BLOQUEIO DE NERVOS)</p>	<p>Procedimento de AIH.</p>	<p>ENCAMINHAR O PACIENTE À REGULAÇÃO DE CONSULTAS COM ENCAMINHAMENTO DO MÉDICO SOLICITANTE PARA AMBULATÓRIO DE AVALIAÇÃO EM CIRURGIA NEUROLÓGICA.</p>
<p>INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAl (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA) (0303090030)</p> <p>INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAl (0303090030)</p>	<p>Procedimento que consiste na introdução de equipamento asséptico no interior de uma articulação, bainha sinovial ou bursa, com a infusão de fármaco para fins diagnósticos e/ou terapêuticos (anestésico, corticóide, contraste).</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE</p>

		<p>EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>RETOSSIGMOIDOSCOPIA (0209010053)</p> <p>RETOSSIGMOIDOSCOPIA (0209010053)</p>	<p>Consiste no exame realizado por meio de endoscopia que inclui a anoscopia, a retoscopia e a retossigmoidoscopia.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
<p>LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL) (0309030129)</p> <p>APAC - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (0309030129)</p>	<p>Consiste no tratamento da litíase em apenas uma região do rim, independente do número de cálculos existentes nesta área.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA APAC PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>

<p>DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO) (0309030056)</p> <p>DILATAÇÃO DE URETRA (0309030056)</p>	<p>Dilatação de uretra por sessão.</p>	<p>-PREENCHIMENTO CORRETO DA REQUISIÇÃO SIMPLES PELO PROFISSIONAL SOLICITANTE;</p> <p>-INSERÇÃO NO SISREG CONFORME GUIA, EM REGULAÇÃO;</p> <p>-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE PARA QUE GUARDE A REQUISIÇÃO E O PROTOCOLO (SISREG);</p> <p>-APÓS A AUTORIZAÇÃO NO SISREG, O PACIENTE DEVE DIRIGIR-SE AO SETOR DE REGULAÇÃO DE EXAMES PARA EFETIVAR A AUTORIZAÇÃO;</p> <p>-APÓS EFETIVAÇÃO, PACIENTE DIRIGE-SE À CLÍNICA CONVENIADA.</p>
---	--	--

FLUXO DE CONSULTAS

PROCEDIMENTO	LOCAL DE ATENDIMENTO	INSERE EM FILA DE ESPERA OU REGULAÇÃO	PROFISSIONAL SOLICITANTE	QUEM INSERE NO SISREG	OBSERVAÇÃO
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL – PEDIATRIA	HOSPITAL INFANTIL	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, PEDIATRA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM ORTOPEDIA – PEDIATRIA	HOSPITAL INFANTIL	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, PEDIATRA, ORTOPEDISTA	UBS/POLICLINICA	ENCAMINHAR APENAS CASOS CIRURGICOS
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA – PEDIATRIA	HOSPITAL INFANTIL	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL/ESF, PEDIATRA, OTORRINO	UBS/POLICLINICA	ENCAMINHAR APENAS CASOS CIRURGICOS (AMIGDALAS E ADENÓIDE)
CONSULTA EM PEDIATRIA	HOSPITAL INFANTIL E CRESÇA	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL	UBS/POLICLINICA/ CRESÇA	ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATÉ 16 ANOS
CONSULTA EM ANGIOLOGIA	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL E ESPECIALISTAS	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM CARDIOLOGIA GERAL	POLICLINICA, CONSORCIO	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL E ESPECIALISTAS	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	HOSPITAL TEREZA RAMOS, HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL E ESPECIALISTAS	UBS/POLICLINICA	

	PRAZERES				
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL E ESPECIALISTAS	UBS/CEASM/ POLICLINICA	NÃO É REALIZADO LAQUEADURA
CONSULTA EM CIRURGIA ONCOLOGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	ONCOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM CIRURGIA TORACICA – ONCOLOGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	ONCOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ONCOLOGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	ONCOLOGISTA	HTR	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM GINECOLOGIA - ONCOLOGIA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM HEMATOLOGIA ONCOLOGIA	CEPON	REGULAÇÃO ESTADUAL	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	TFD	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITA.
CONSULTA EM HEMATOLOGIA	HEMOSC	REGULAÇÃO ESTADUAL	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	TFD	MÉDICO SOLICITANTE FAZ UMA TELECONSULTORIA, COM A INDICAÇÃO (LAUDO) ENCAMINHAR O PACIENTE AO SETOR DE TFD.

CONSULTA EM ONCOLOGIA - CLINICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM ORTOPEDIA - ONCOLOGIA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM PENUMOLOGIA ONCOLOGIA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM PROCTOLOGIA ONCOLOGIA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM UROLOGIA ONCOLOGIA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	UNIDADE DE SAÚDE NÃO SOLICITAR, CONSULTAS DE RETORNO SÃO AGENDADAS NO HTR
CONSULTA EM CIRURGIA TORACICA GERAL	HOSPITAL TEREZA RAMOS/ HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	UBS/ SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM ENFERMAGEM – BARIATRICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	UBS/POLICLINICA	SEGUIR O PROTOCOLO DA BARIATRICA
CONSULTA EM PROCTOLOGIA CIRURGICA	HOSPITAL TEREZA RAMOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTAS	SETOR DE REGULAÇÃO	SOMENTE CASOS CIRURGICOS

CONSULTA EM BUCO-MAXILO FACIAL ADULTO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS PRAZERES	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, DENTISTAS, ORTOPEDISTA	UBS/CEO/POLICLINICA	INDICAÇÃO TRAUMATOLOGIA
CONSULTA EM CLINICA GERAL	POLICLINICA, UNIPLAC	VAGA EM TELA	TODOS OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	UBS (QUANDO ESF AUTORIZA) POLICLINICA	
CONSULTA EM DERMATOLOGIA GERAL	POLICLINICA, UNIPLAC	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	O PACIENTE DEVERÁ PASSAR PELO TELEDERMATO COM INDICAÇÃO (LAUDO) INSERIR NO SISREG
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA GERAL	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM GERIATRIA	POLICLINICA, UNIPLAC	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM NEFROLOGIA	POLICLINICA, HOSPITAL TEREZA RAMOS	VAGA EM TELA OU REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	POLICLINICA (ADULTOS E CRIANÇAS), HOSPITAL TEREZA RAMOS (APENAS ADULTOS)
CONSULTA EM NEUROLOGIA	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM NUTRIÇÃO	POLICLINICA	REGULAÇÃO	TODOS OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL	POLICLINICA, INSTITUTO DA VISÃO, MARTINS E NARDELI, HOSPITAL DE OLHOS	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	

CONSULTA EM ORTOPEDIA GERAL	POLICLINICA	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA GERAL	POLICLINICA	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM PNEUMOLOGIA GERAL	POLICLINICA, CLINICA PULSAR	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM PROCTOLOGIA GERAL	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM PSIQUIATRIA GERAL	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM REUMATOLOGIA	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM TELEDERMATOLOGIA	POLICLINICA	VAGA EM TELA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	PROCEDIMENTO OBRIGATÓRIO PARA CONSULTA EM DERMATOLOGIA
CONSULTA EM UROLOGIA GERAL	POLICLINICA	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM GINECOLOGIA – GERAL	CEASM	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	UBS/POLICLINICA	
CONSULTA EM GINECOLOGIA – GESTANTE ALTO RISCO	CEASM	VAGA EM TELA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	CEASM	UBS/POLICLINICA FAZ CONTATO TELEFONICO
CONSULTA EM GINECOLOGIA OBSTETRICIA	CEASM	VAGA EM TELA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	CEASM	UBS/POLICLINICA FAZ CONTATO TELEFONICO
CONSULTA EM MASTOLOGIA	CEASM	VAGA EM TELA	CLÍNICO GERAL, ESPECIALISTA	CEASM	UBS/POLICLINICA FAZ CONTATO TELEFONICO
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL	CEO	REGULAÇÃO	DENTISTA ESF E DENTISTA CLÍNICO GERAL	UBS/CRESÇA/CEO	CIRURGIA ODONTOLOGICA AMBULATORIAL

CONSULTA EM ODONTOLOGIA – DENTISTICA	CEO	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	TODOS OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	UBS/POLICLINICA/CEO	SOMENTE PARA UNIDADES QUE NÃO TEM DENTISTA
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – ENDONDOTIA	CEO	REGULAÇÃO	DENTISTA ESF E DENTISTA CLÍNICO GERAL	UBS/CRESÇA/CEO	
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – PACIENTE COM NECESSIDADE ESPECIAL	CEO	REGULAÇÃO	DENTISTA ESF E DENTISTA CLÍNICO GERAL	UBS/CRESÇA/CEO	
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – PEDIATRIA	CEO	REGULAÇÃO	DENTISTA ESF E DENTISTA CLÍNICO GERAL	UBS/CEO	UNIDADES SEM DENTISTA PODEM INSERIR PACIENTES MENORES DE 12 ANOS
CONSULTA EM ODONTOLOGIA – PERIODONTIA	CEO	REGULAÇÃO	DENTISTA ESF E DENTISTA CLÍNICO GERAL	UBS/CRESÇA/CEO	
CATETERISMO MESMO QUE CINEANGIOCORONARIOGRAFIA	HNSP	REGULAÇÃO	CARDIOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE, SE VIÁVEL O PROCEDIMENTO SERÁ AGENDADO EM DATA POSTERIOR
AVALIAÇÃO EM CIRURGIA NEUROLÓGICA	HNSP	REGULAÇÃO	NEUROLOGISTA, ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CARDIOLOGIA – CIRURGIA CARDIACA	HNSP	REGULAÇÃO	CARDIOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE, SE VIÁVEL O PROCEDIMENTO SERÁ AGENDADO EM DATA POSTERIOR

CONSULTA EM CARDIOLOGIA – MARCAPASSO	HNSP	REGULAÇÃO	CARDIOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	-AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DO PACIENTE, SE VIÁVEL O PROCEDIMENTO SERÁ AGENDADO EM DATA POSTERIOR. -ATENDIMENTO PARA REVISÃO DO MARCAPASSO.
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA - JOELHO	HNSP	REGULAÇÃO	ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA – MÃO	HNSP	REGULAÇÃO	ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA – OMBROS	HNSP	REGULAÇÃO	ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA – PÉ	HNSP	REGULAÇÃO	ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDICA – QUADRIL	HNSP	REGULAÇÃO	ORTOPEDISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – VARIZES	HTR	REGULAÇÃO	CIRURGIÃO GERAL, ANGIOLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	INSERIR PACIENTES COM INDICAÇÃO CIRURGICA VASCULAR
CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGICA	SEM PRESTADOR	REGULAÇÃO	UROLOGISTA	SETOR DE REGULAÇÃO	NO MOMENTO SEMPRESTADOR
CONSULTA EM PSICOLOGIA INFANTIL	PRESTADOR TERCEIRIZADO	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTA	CRESCÇA	REQUISIÇÃO SIMPLES
CONSULTA EM PSICOLOGIA ADULTO	PRESTADOR TERCEIRIZADO	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTA	POLICLÍNICA/UBS	REQUISIÇÃO SIMPLES

CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA ADULTO E INFANTIL	PRESTADOR TERCEIRIZADO	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTA	POLICLÍNICA/UBS	REQUISIÇÃO SIMPLES
REMOCAO DE CERUMEN	POLICLÍNICA	VAGA EM TELA OU FILA DE ESPERA	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTA	POLICLÍNICA/UBS	REQUISIÇÃO SIMPLES
PROTESE DENTÁRIA	PRESTADOR TERCEIRIZADO	REGULAÇÃO	CLÍNICO GERAL/ESF, ESPECIALISTA	USB/CRESÇA/CEO	BPA-I
Quando houver necessidade de consultas de retorno e não tiver vaga em tela, o paciente deverá retornar à unidade de saúde (solicitante), ser inserido novamente no SISREG contendo: nome do profissional que deseja o retorno e previsão do atendimento.					