

RELAÇÃO DE PATOLOGIAS QUE PODEM CARACTERIZAR A EXISTÊNCIA DE DEFICIÊNCIA

LISTA DE SIGLAS

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

Código	Diagnósticos	Exigências necessárias para comprovação da existência da deficiência	Acompanhante	Validade
Doenças orgânicas, não exatamente caracterizadas como deficiências				
B20.0	Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas (resultando em tuberculose)	<p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p>	Não	1 ano
B20.1	Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas	<p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p>	Não	1 ano
B20.2	Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica	<p>1. Relatório Médico emitido por:</p> <p>a. CRT/AIDS ou;</p> <p>b. Instituição especializada.</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p>Obs.: para fins de concessão do benefício para METRO E CPTM, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46). Inexistindo doença oportunista, o benefício será concedido exclusivamente para o Transporte Coletivo Urbano de passageiros sob gestão da SÃO PAULO TRANSPORTE S/A – SPTrans.</p>	Não	1 ano

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

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

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

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

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

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

Algumas doenças infecciosas e parasitárias

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

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

Neoplasias

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

Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas

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

Transtornos Mentais e Comportamentais

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

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

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

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

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

Doenças do Sistema Nervoso

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

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

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

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

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

G81	Hemiplegia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado. 2. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de EEG; ou b. laudo de exame de TC ou; c. laudo de exame de RNM. 	Sim	4 anos
G82	Paraplegia e tetraplegia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado. 2. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de EEG; ou b. laudo de exame de TC ou; c. laudo de exame de RNM. 	Sim	4 anos
G83	Outras síndromes paralíticas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório Médico descrevendo a doença de base com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade, autocuidado e atividades da vida diária. 2. Documentos / exames <ol style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de EEG; ou b. laudo de exame de TC ou; c. laudo de exame de RNM. 	Sim	2 anos
G90	Transtornos do Sistema Nervoso Autônomo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somente nos casos de: Síncope do seio carotídeo Disautonomia familiar Síndrome de Horner Síndrome de Shy Drager 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o transtorno e as limitações motoras apresentadas; 3. Laudo de exame utilizado para diagnóstico. 	Sim	2 anos
G91	Hidrocefalia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somente até 1 ano após o diagnóstico e cirurgia. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a cirurgia e se existem sequelas. 3. Sequelas causadas pela Hidrocefalia serão enquadradas em outras CID's. 	Sim	1 ano
G92	Encefalopatia Tóxica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Somente associada a causas externas enquadradas nas CID's T36 a T50. 2. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a causa externa, os comprometimentos cognitivo ou motor e as limitações apresentadas. 	Sim	1 ano

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

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

H54.0	Cegueira, ambos os olhos	<ol style="list-style-type: none"> Relatório Médico emitido por Oftalmologista com Acuidade Visual de ambos os olhos informando: <ol style="list-style-type: none"> perda inferior a 0,05 com a melhor correção no melhor olho ou; Campo Visual Tubular inferior a 10°, no melhor olho. 	Sim	4 anos
H54.1	Cegueira em um olho e visão subnormal em outro	<ol style="list-style-type: none"> Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo, o lado afetado pela cegueira e a Acuidade Visual do outro olho, informando: <ol style="list-style-type: none"> perda igual ou inferior a 0,3 com a melhor correção ou; nos casos de Campo Visual Tubular, perda com ângulo de 5°-10°. 	Sim	4 anos
H54.2	Visão subnormal em ambos os olhos	<ol style="list-style-type: none"> Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo a possível causa e a acuidade Visual com: <ol style="list-style-type: none"> perda igual ou inferior a 0,3 da visão bilateral com a melhor correção ou; nos casos de Campo Visual Tubular, perda bilateral com ângulo de 5°-10°. 	Sim	4 anos
H90	Perda de audição por transtorno de condução e/ou neurosensorial	<ol style="list-style-type: none"> Nos casos de deficiência auditiva neurosensorial ou mista, de grau moderado ou superior bilateral, conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 41 decibéis). Documentos / exames: <ol style="list-style-type: none"> Audiometria ou; BERA. 	Não	4 anos

Doenças do Aparelho Circulatório

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

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

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

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

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

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

M19	Outras artroses	<p>1. Relatório Médico descrevendo comprometimento em:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. tornozelos; b. cotovelo ou; c. ombro. <p>e descrevendo limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária . <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. laudo de exame de RNM ou; b. laudo de exame de TC. 	Não	2 anos
M21.5	Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos	<p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, sua causa e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado b. mobilidade; c. atividades da vida diária . <p>2. Laudo de exame de RX da articulação comprometida.</p>	Não	4 anos
M21.8	Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros	<p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, membros comprometidos e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. mobilidade; c. atividades da vida diária; <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	2 anos
M32	Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)	<p>1. Relatório emitido por clínico ou reumatologista descrevendo as alterações produzidas pelo Lupus e limitações funcionais em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autocuidado; b. atividade da vida diária; c. mobilidade; d. convívio social; e. relações e interação interpessoal. <p>2. Apresentar dois ou mais anticorpos positivos (+ +) nos exames de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. FAN; b. anticorpo anti DNA; c. anti hestona; d. anti Rô; e. SM ou; f. anti RNP. 	Não	1 ano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Q74.0	Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cintura escapular.	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não	4 anos
Q74.2	Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cintura pélvica.	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p>a. mobilidade;</p> <p>b. atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não	4 anos
Q78.0	Osteogênese imperfecta	<p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações ósseas, e outras deformidades e as limitações motoras.</p> <p>2. Laudo de exame de RX descrevendo as lesões ósseas compatíveis com osteogênese.</p>	Sim	4 anos
Q87.1	Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo	<p>1. Somente para Síndrome de Aarskog, Cockayne, de Lange, de Dubowitz, Nonam, Prader-Willi, Robinow-Silverman-Smitth, Russell-Silver, Seckel, Smith-Lemli-Opitz.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. comunicação;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. autocuidado;</p> <p>e. atividades da vida diária;</p> <p>f. convívio social.</p>	Não	4 anos
Q87.2	Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros	<p>1. Somente para Síndrome de Holt-Oram, Klippel-Trenaunay-Weber, Rótula em unha ou Rubinstein-Taybi, Sirenomelia, Trombocitopenia com ausência de rádio.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p>b. comunicação;</p> <p>c. mobilidade;</p> <p>d. autocuidado;</p> <p>e. atividades da vida diária;</p> <p>f. convívio social.</p>	Não	4 anos

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

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

Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Z 93.4	Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal	1. Relatório Médico descrevendo: a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.5	Cistostomia	1. Relatório Médico descrevendo: a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.	Não	2 anos
Z 93.6	Outros Orifícios artificiais do aparelho urinário: nefrostomia, ureterostomia, uretostomia	1. Relatório Médico descrevendo: a. ostomia Permanente e; b. CID da doença de base.	Não	2 anos

“BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

DATA DE EMISSÃO: ____/____/____

NÚMERO DE SOLICITAÇÃO: _____

1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:			
Nome da Mãe:			
End.:		Nº:	
Complemento:	Município:		CEP:
Telefone:	CPF:	Data de Nascimento: / /	
RG/RNE:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição: / /	
Email:			

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

Nome:			
End.:		Nº:	
Complemento:	Município:		CEP:
CNPJ:	CNES:	Telefone:	
Nome do médico:			CRM:
Especialidade do médico:			Título:

3. DIAGNÓSTICO:

CID 10:	Diagnósticos	CID 10:	Diagnósticos

4. LIMITAÇÕES:

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:		
() Auditiva	() Sensorial	() Mental (percepção, atenção, memória, orientação,...)
() Visual	() Intelectual / Cognitiva	
() Respiratória	() Motora	
LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES:		
() Autocuidado	() Atividades de vida diária	() Mobilidade
() Convívio social	() Relações e interação interpessoal	() Aprendizagem e aplicação de Conhecimento
() Comunicação		

5. EXAME FÍSICO COM A DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

ATESTO, para fins de solicitação de concessão do “Bilhete Único Especial – Pessoa com Deficiência”, que o solicitante acima qualificado e identificado nesta data, é possuidor da deficiência, classificada com a respectiva CID 10 e os comprometimentos descritos no presente Relatório Médico, apresentando os laudos dos exames (anexo), conforme previsto nas normas reguladoras vigentes.

_____	_____
Assinatura do Solicitante	Assinatura do Médico e Carimbo com Nome e CRM legíveis

“BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

Data de Entrega: ____/____/____

Número de solicitação: _____

1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:		
RG/RNE:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição: / /
CPF:	Cart. Prof.:	Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:		
Endereço:		Número:
Complemento:	CEP:	Telefone:
Bairro:	Município:	Celular:
Email:		

2. REAVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DO “BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”:

Eu, _____, portador do Documento de Identificação descrito acima, diante do indeferimento da solicitação do “Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência”, solicito a reavaliação da documentação por mim apresentada.

JUSTIFICATIVA

Observação:

É crime, previsto pelo Código Penal:

Artigo 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. **Pena:** reclusão, de 1 a 5 anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 a 3 anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Se necessário, concordo em ser submetido à AUDITORIA MÉDICA.**Estou ciente de que a solicitação de RECONSIDERAÇÃO DE ATO, não é garantia de concessão do benefício.**

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do solicitante

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO: “BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

Data de Entrega ____/____/____

Número de solicitação: _____

Nome: _____

LAUDO DO EXAME**DATA DE REALIZAÇÃO**

LAUDO DO EXAME	DATA DE REALIZAÇÃO
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

Declaro ter recebido a documentação descrita acima:

Assinatura do funcionário

“BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

Data de Entrega: ____/____/____

Número de solicitação: _____

1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:		
RG/RNE:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição: / /
CPF:	Cart. Prof.:	Data de Nascimento: / /
Nome da Mãe:		
Endereço:		Número:
Complemento:	CEP:	Telefone:
Bairro:	Município:	Celular:
Email:		

2. REAVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DO “BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”:

Eu, _____, portador do Documento de Identificação descrito acima, diante do indeferimento da Reconsideração de Ato da solicitação do “Bilhete Único Especial – Pessoa com Deficiência”, apresento meu pedido de Recurso Administrativo.

JUSTIFICATIVA

Observação:

É crime, previsto pelo Código Penal:

Artigo 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. **Pena:** reclusão, de 1 a 5 anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 a 3 anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Se necessário, concordo em ser submetido à AUDITORIA MÉDICA.

Estou ciente de que a solicitação de RECURSO ADMINISTRATIVO, não é garantia de concessão do benefício.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do solicitante

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO: “BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

Data de Entrega ____/____/____

Número de solicitação: _____

Nome: _____

LAUDO DO EXAME**DATA DE REALIZAÇÃO**

LAUDO DO EXAME	DATA DE REALIZAÇÃO
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

Declaro ter recebido a documentação descrita acima:

Assinatura do funcionário

TABELA DE INFRAÇÕES/SANÇÕES

Ocorrências/Infrações		Sanções/Procedimentos
Utilização de "Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência", por terceiros	1ª Ocorrência	Suspensão do benefício por período de 6 (seis) meses
	2ª Ocorrência nos últimos 12 (doze) meses	Suspensão do benefício por período de 12 (doze) meses
Comercialização do "Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência", por terceiros	1ª Ocorrência	Suspensão do benefício por período de 12 (doze) meses
	2ª Ocorrência (após aplicação de sanção)	Suspensão do benefício por período de 24 (vinte e quatro) meses
Roubo/Furto ou Perda/Extravio do "Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência"	1ª e 2ª solicitações de reemissão do Bilhete Único Especial (nos últimos 12 (doze) meses a contar da primeira ocorrência)	Apresenta B.O.
	3ª e demais Solicitações de reemissão do Bilhete Único Especial (nos últimos 12 (doze) meses a contar da primeira ocorrência)	Suspensão do benefício por período de 6 (seis) meses
Uso Abusivo do Benefício	1ª Ocorrência	Suspensão do benefício por período de 6 (seis) meses
	2ª e demais Ocorrências (nos últimos 12 (doze) meses a contar da primeira ocorrência)	Suspensão do benefício por período de 12 (doze) meses
Relatório/Laudo Médico emitido de forma fraudulenta (Artigo 6º, § 2º)	Após a concessão do benefício	Cancelamento imediato do benefício
Os solicitantes que não atenderam à convocação de para a Auditoria Médica por 2 vezes consecutivas (Artigo 7º, § 4º)	Após a concessão do benefício	Cancelamento imediato do benefício