



Órgão Oficial

WWW.BETIM.MG.GOV.BR



Quarta-feira, 20 de Maio de 2026 | Edição 3407



Secretaria Municipal de Comunicação
Superintendência de Imprensa

Rua Pará de Minas, 640, Brasileira
Betim - MG
Telefone: **(31) 3592-8289**
Publicações: orgao.official@betim.mg.gov.br

Prefeito de Betim: Heron Guimarães
Vice-Prefeita de Betim: Cleusa Lara
Presidente da Câmara Municipal de Betim: Edson Leonardo Monteiro
Procurador Geral do Município: Joab Ribeiro Costa
Secretária Municipal de Comunicação: Bianca Christófori

ATOS DO EXECUTIVO

DECRETOS

DECRETO Nº 53.156 de 18 de Maio de 2026

NOMEIA REFERÊNCIA TÉCNICA

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,
DECRETA:

Art. 1º Fica nomeada **Tiago Lucas Reis de Jesus**, matrícula 0207584-9, para exercer atividades na função de Coordenação como Referência Técnica de Sífilis Congênita, Sífilis Adquirida e Sífilis em Gestante da Diretoria IV de Vigilância em Saúde, conforme Lei nº 5.484/2013 e Lei nº 6.628/2019;

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01 de Maio de 2026.

Prefeitura Municipal de Betim, 18 de Maio de 2026.

Jaqueline Flaviana de Santana
Secretário Municipal de Saúde

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

DECRETO nº 53.155 de 18 de Maio de 2026

EXONERA REFERÊNCIA TÉCNICA

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,
DECRETA:

Art. 1º Fica exonerada **Vanessa de Melo Coelho Azevedo**, matrícula 0201199-9, das atividades na função de Coordenação como Referência Técnica de Sífilis Congênita, Sífilis Adquirida e Sífilis em Gestante da Diretoria IV de Vigilância em Saúde, conforme Lei nº 5.484/2013 e Lei nº 6.628/2019;

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01 de Maio de 2026.

Prefeitura Municipal de Betim, 18 de Maio de 2026

Jaqueline Flaviana de Santana
Secretário Municipal de Saúde

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

DECRETO nº 53.159 de 18 de Maio de 2026

EXONERA REFERÊNCIA TÉCNICA

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Art. 1º Fica exonerada **Juliene Lima da Silva**, matrícula 0209604-8, das atividades na função de Coordenação como Referência Técnica de Cuidados com Feridas da Diretoria IV de Atenção Primária à Saúde, conforme Lei nº 5.484/2013 e Lei nº 6.628/2019;

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 28 de Abril de 2026.

Prefeitura Municipal de Betim, 18 de Maio de 2026

Jaqueline Flaviana de Santana
Secretário Municipal de Saúde

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

DECRETO nº 53.160 de 18 de Maio de 2026

EXONERA REFERÊNCIA TÉCNICA

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,
DECRETA:

Art. 1º Fica exonerada **Maycon Winderson Souza**, matrícula 0209198-4, das atividades na função de Coordenação como Referência Técnica da Atenção Básica - Território 03: Teresópolis, Centro e Citrolândia da Diretoria IV de Atenção Primária à Saúde, conforme Lei nº 5.484/2013 e Lei nº 6.628/2019;

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 28 de Abril de 2026.

Prefeitura Municipal de Betim, 18 de Maio de 2026

Jaqueline Flaviana de Santana
Secretário Municipal de Saúde

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

DECRETO Nº 53176 DE 20 DE MAIO DE 2026

NOMEIA ASSESSOR II.

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Art. 1º Fica nomeado Cristopher Henrique dos Santos para exercer o cargo de Assessor II, da Secretaria Municipal de Lazer e Turismo, a partir de 20 de maio de 2026.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Domingues Guimaraes
Prefeito Municipal

DECRETO Nº 53177 DE 20 DE MAIO DE 2026

NOMEIA ASSESSOR II.

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Art. 1º Fica nomeada Gabriella Morena dos Santos para exercer o cargo de Assessor II, da Secretaria Adjunta de Receitas, da Secretaria Municipal da Fazenda, a partir de 20 de maio de 2026.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Domingues Guimaraes
Prefeito Municipal

DECRETO Nº 53178 DE 20 DE MAIO DE 2026

NOMEIA ASSESSOR IX.

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Art. 1º Fica nomeada Natalia Thabata de Carvalho Leonel para exercer o cargo de Assessor IX, da Secretaria Municipal de Compliance, a partir de 20 de maio de 2026.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Domingues Guimaraes
Prefeito Municipal

DECRETO Nº 53179 DE 20 DE MAIO DE 2026

DESIGNA COORDENADOR PEDAGOGICO.

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Art. 1º Fica designada Andressa Alves dos Santos para exercer a função de confiança de Coordenador Pedagógico do Centro Infantil Municipal Alessandro Ferreira de Souza (CIM Vila Cristina), da Secretaria Municipal de Educação, a partir de 18 de maio de 2026.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 18 de maio de 2026.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Domingues Guimaraes
Prefeito Municipal

RERRATIFICA O DECRETO NÚMERO 53164, DE 18 DE MAIO DE 2026, QUE EXONERA “VICTORIA OLIVEIRA MAGESTE DE FARIA”

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições,

DECRETA:

Onde lê-se:

Art. 1º. Fica Victoria Oliveira Mageste de Faria, matrícula 017414164, exonerada do cargo comissionado de Assessor II da Secretaria Adjunta de Receitas, da Secretaria Municipal da Fazenda, a partir de 06 de maio de 2026.

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 06 de maio de 2026

Leia-se

Art. 1º. Fica Victoria Oliveira Mageste de Faria, matrícula 017414164, exonerada do cargo comissionado de Assessor II da Secretaria Adjunta de Receitas, da Secretaria Municipal da Fazenda, a partir de 09 de maio de 2026.

Art. 2º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 09 de maio de 2026

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026

Heron Domingues Guimaraes

Prefeito Municipal



SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E FINANÇAS

Telefone: (31) 3512-3024

segefi@betim.mg.gov.br

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG - CEP: 32600-412

**DECRETO Nº. 53.036,
DE 17 DE ABRIL DE 2026.**

ABRE CRÉDITO SUPLEMENTAR

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições e considerando o artigo 43, parágrafo 1º, inciso III, da Lei Federal nº. 4.320, de 17 de março de 1964 e a Lei Municipal nº. 8.016, de 29 de dezembro de 2025;

DECRETA:

Art. 1º. Fica aberto o crédito suplementar, no valor de R\$ 6.690.757,32 (seis milhões, seiscentos e noventa mil, setecentos e cinquenta e sete reais e trinta dois centavos), às seguintes dotações orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde - FMS:

09.01.10.122.0050.1069.3.3.50.43.1500999.....	R\$	677.826,00
Operacionalização dos Serviços Complementares por Meio das Organizações Sociais - Emenda Impositiva nº 043/2025		
09.01.10.122.0050.2066.3.3.50.85.1500000.....	R\$	2.987.695,32
Operacionalização da Manutenção da Rede		
09.01.10.122.0050.2066.3.3.50.85.1600912.....	R\$	2.735.200,00
Operacionalização da Manutenção da Rede		
09.01.10.122.0050.2068.3.1.90.94.1500000.....	R\$	20.000,00
Pagamento de Pessoal - Gestão da Saúde		
09.01.10.301.0050.2075.3.1.90.92.1600912.....	R\$	50.000,00
Pagamento de Pessoal - Atenção Primária		
09.01.10.301.0050.2075.3.1.90.94.1500000.....	R\$	70.000,00
Pagamento de Pessoal - Atenção Primária		
09.01.10.302.0044.2083.3.3.90.92.1500000.....	R\$	36,00
Operacionalização das Farmácias - MAC		
09.01.10.302.0050.2084.3.1.90.94.1500000.....	R\$	100.000,00
Pagamento de Pessoal - MAC		
09.01.10.304.0050.2096.3.1.90.94.1500000.....	R\$	50.000,00
Pagamento de Pessoal - Vigilância Sanitária		
TOTAL A SUPLEMENTAR.....	R\$	6.690.757,32

Art. 2º. Para ocorrer o disposto no artigo 1º deste Decreto fica anulado, no valor do crédito mencionado, às seguintes dotações orçamentárias do FMS:

09.01.10.122.0050.1058.4.4.90.52.1500999.....	R\$	677.826,00
Aquisição de Equipamento e Material Permanente - FMS - Emenda Impositiva nº 043/2025		
09.01.10.122.0050.2062.3.3.50.85.1500000.....	R\$	2.987.695,32
Operacionalização dos Serviços Gerais da Rede		
09.01.10.122.0050.2062.3.3.50.85.1600912.....	R\$	2.735.200,00
Operacionalização dos Serviços Gerais da Rede		
09.01.10.122.0050.2068.3.1.90.11.1500000.....	R\$	20.000,00
Pagamento de Pessoal - Gestão da Saúde		
09.01.10.301.0050.2075.3.1.90.04.1600912.....	R\$	50.000,00
Pagamento de Pessoal - Atenção Primária		
09.01.10.301.0050.2075.3.1.90.11.1500000.....	R\$	70.000,00
Pagamento de Pessoal - Atenção Primária		



SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E FINANÇAS

Telefone: (31) 3512-3024

segefi@betim.mg.gov.br

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG - CEP: 32600-412

Decreto nº. 53.036, de 17 de abril de 2026, pág. 02/02.

09.01.10.302.0044.2083.3.3.90.32.1500000.....	R\$	36,00
Operacionalização das Farmácias - MAC		
09.01.10.302.0050.2084.3.1.90.11.1500000.....	R\$	100.000,00
Pagamento de Pessoal - MAC		
09.01.10.304.0050.2096.3.1.90.11.1500000.....	R\$	50.000,00
Pagamento de Pessoal - Vigilância Sanitária		
TOTAL A ANULAR.....	R\$	6.690.757,32

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 17 de abril de 2026.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Betim, 17 de abril de 2026.

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

Jonatas Lima de Oliveira
Secretário Municipal de Gestão e Finanças

Jaqueline Flaviana de Santana
Secretária Municipal de Saúde
Gestora do Sistema Único de Saúde/SUS – Betim/MG

19



SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E FINANÇAS

Telefone: (31) 3512-3024

segefi@betim.mg.gov.br

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG - CEP: 32600-412

DECRETO Nº. 53.083, DE 30 DE ABRIL DE 2026.

ABRE CRÉDITO SUPLEMENTAR

O Prefeito Municipal de Betim, no uso de suas atribuições e considerando o artigo 43, parágrafo 1º, inciso III, da Lei Federal nº. 4.320, de 17 de março de 1964 e a Lei Municipal nº. 8.016, de 29 de dezembro de 2025;

DECRETA:

Art. 1º. Fica aberto o crédito suplementar, no valor de R\$ 563.038,34 (quinhentos e sessenta e três mil, trinta e oito reais e trinta e quatro centavos), às seguintes dotações orçamentárias:

04.01.04.131.0007.2025.3.3.90.93.1500000.....	R\$	3.000,00
Operacionalização da Secretaria Municipal de Comunicação		
10.02.08.245.0073.2137.3.3.50.43.1500000.....	R\$	29.000,00
Bloco da Proteção Social Básica		
10.02.08.245.0073.2138.3.3.50.43.1500000.....	R\$	46.000,00
Bloco da Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade - MAC		
29.01.04.122.0005.2370.3.3.90.39.1500000.....	R\$	57.212,73
Operacionalização da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico		
34.01.04.126.0055.1462.4.4.90.40.1500000.....	R\$	89.825,61
Aquisição Equipamentos e Software		
34.01.04.126.0055.2466.3.3.90.30.1500000.....	R\$	60.000,00
Gestão de Rede de Dados, Sistemas e Equipamentos		
36.01.06.181.0027.2477.3.3.90.30.1500000.....	R\$	278.000,00
Ações de Prevenção à Violência e à Criminalidade		
TOTAL A SUPLEMENTAR.....	R\$	563.038,34

Art. 2º. Para ocorrer o disposto no artigo 1º deste Decreto fica anulado, no valor do crédito mencionado, às seguintes dotações orçamentárias:

01.01.01.122.0002.1009.4.4.90.51.1500000.....	R\$	278.000,00
Construção, Reformas e Ampliações		
04.01.04.131.0007.1024.4.4.90.52.1500000.....	R\$	3.000,00
Aquisição Equipamento Material Permanente - SECOM		
10.01.08.122.0005.2113.3.3.90.40.1500000.....	R\$	75.000,00
Operac. da SEMAS		
29.01.19.571.0009.2395.3.3.90.39.1500000.....	R\$	1.550,00
Realização de Parcerias com Instituições de Ensino		
29.01.20.608.0026.2377.3.3.90.39.1500000.....	R\$	5.375,00
Manutenção de Máquinas e Equipamentos - Atividades Agropecuárias		
29.01.23.692.0009.2373.3.3.50.41.1500000.....	R\$	4.497,00
Realização e Apoio a Eventos Gastronômicos		
29.01.23.692.0009.2373.3.3.90.39.1500000.....	R\$	44.737,60
Realização e Apoio a Eventos Gastronômicos		
29.01.23.692.0009.2383.3.3.90.39.1500000.....	R\$	1.053,13
Apoio ao Pequeno Empresário e Empreendedor Individual		



SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E FINANÇAS

Telefone: (31) 3512-3024

segefi@betim.mg.gov.br

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG - CEP: 32600-412

Decreto nº. 53.083, de 30 de abril de 2026, pág. 02/02.

34.01.04.126.0055.1462.4.4.90.52.1500000.....	R\$	32.000,00
Aquisição Equipamentos e Software		
34.01.04.126.0055.2467.3.3.90.39.1500000.....	R\$	117.825,61
Operacionalização do Sistema de Telecomunicações		
TOTAL A ANULAR.....	R\$	563.038,34

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos ao dia 30 de abril de 2026.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Betim, 30 de abril de 2026.

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

Jonatas Lima de Oliveira
Secretário Municipal de Gestão e Finanças

Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



DECRETO Nº 53.174, DE 20 DE MAIO DE 2026

DECLARA DE CONVENIÊNCIA PÚBLICA A OUTORGA, MEDIANTE CONCESSÃO COMUM, DAS DEPENDÊNCIAS DO MERCADO CENTRAL DE BETIM "JOSELY DIMAS REZENDE" - CEABE, DETERMINA A INSTAURAÇÃO DE CONCORRÊNCIA PÚBLICA PARA ESSE FIM, APROVA O ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR Nº 001/2026, DESIGNA A COMISSÃO ESPECIAL DE LICITAÇÃO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

CONSIDERANDO o disposto no art. 175 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre mediante licitação, a prestação de serviços públicos;

CONSIDERANDO o art. 30, inciso V, da Constituição Federal, que atribui aos Municípios competência para organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local;

CONSIDERANDO os arts. 13, inciso V, e 202 da Lei Orgânica do Município de Betim, que atribuem ao Município competência para organizar



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



o abastecimento alimentar popular e preveem os mercados públicos municipais como instrumentos da política de abastecimento;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos, e a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que estabelece normas gerais de licitações e contratos administrativos;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 5.496, de 17 de maio de 2013, que autoriza o Poder Executivo a conceder, mediante licitação, as dependências do Mercado Central de Betim "Josely Dimas Rezende", pelo prazo de 20 (vinte) anos, prorrogável por mais 10 (dez) anos, estabelece o valor mínimo da outorga e assegura o direito de preferência dos atuais permissionários;

CONSIDERANDO o Termo de Acordo de Mediação firmado em 23 de abril de 2026, no âmbito do Procedimento de Mediação PD COMPOR nº 221/2024, celebrado entre o Ministério Público do Estado de Minas Gerais - MPMG, e o Município de Betim, que constitui título executivo extrajudicial e obriga o Município a instaurar o procedimento licitatório até 25 de maio de 2026 e a finalizá-lo até 31 de dezembro de 2026;

CONSIDERANDO que o Mercado Central de Betim "Josely Dimas Rezende" - CEABE, é equipamento público de abastecimento alimentar cujo pleno funcionamento constitui obrigação institucional do Município;

CONSIDERANDO que a revitalização do equipamento exige investimento estimado em R\$ 8.510.934,90 (oito milhões, quinhentos e dez mil,



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



novecentos e trinta e quatro reais e noventa centavos), que não pode ser mobilizado diretamente pelo Poder Público no prazo e nas condições necessárias;

CONSIDERANDO o Estudo Técnico Preliminar nº 001/2026, elaborado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, que demonstra a viabilidade técnica, econômico-financeira e jurídica da outorga por concessão comum, com Taxa Interna de Retorno projetada de 17,65% ao ano e Custo Médio Ponderado de Capital de 13,4% ao ano, e que a presente concessão não se caracteriza como Parceria Público-Privada nos termos da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004;

CONSIDERANDO que o Município disporá de projetos executivos completos e orçamentos detalhados, colocados à disposição dos licitantes, e que se compromete a aportar, durante a fase de execução das obras, o valor de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais), nos termos do Termo de Acordo de Mediação PD COMPOR nº 221/2024;

CONSIDERANDO que a outorga da concessão é necessária para preservar e valorizar o patrimônio público municipal, garantir o abastecimento alimentar da população betinense, proteger os meios de subsistência dos permissionários atuais e cumprir as obrigações assumidas perante o Ministério Público do Estado de Minas Gerais;

O Prefeito Municipal de Betim, no desempenho de suas atribuições legais,

DECRETA:



PREFEITURA DE BETIM



WWW.BETIM.MG.GOV.BR



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



CAPÍTULO I

Do Objeto e da Declaração de Conveniência

Art. 1º Fica declarada de conveniência pública a outorga, mediante Concorrência Pública, da concessão das dependências do Mercado Central de Betim "Josely Dimas Rezende" - CEABE, localizado na R. Amin Fares Debian, ° 170 - Centro, neste Município, para fins de gestão, execução de obras de revitalização, operação e exploração comercial, pelo prazo de 20 (vinte) anos, prorrogável por até 10 (dez) anos, nos termos das Leis Municipais nº 5.496/2013 e nº 6.557/2019 e da Lei Federal nº 8.987/1995.

Art. 2º A concessão de que trata este Decreto abrange, de forma integrada e indissociável, as seguintes obrigações a serem assumidas pelo concessionário:

I - executar as obras de revitalização da área interna e da área externa do CEABE, conforme projetos executivos e orçamentos disponibilizados pelo poder concedente, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) meses, contados da Ordem de Início da Fase 2;

II - realizar a gestão profissional e a operação do equipamento durante todo o prazo da concessão, com observância dos índices de qualidade do serviço definidos no contrato;

III - explorar comercialmente as dependências mediante contratos individuais de locação celebrados com os lojistas, regidos pela Lei Federal nº 8.245, de 18 de outubro de 1991, (Lei do Inquilinato), assegurado o



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



direito de preferência dos permissionários atuais, nos termos do art. 8º-A da Lei Municipal nº 6.557/2019;

IV - promover a reversão ao patrimônio municipal, ao término ou por extinção da concessão, de todas as obras, benfeitorias, equipamentos e instalações realizados pelo concessionário, nos termos do art. 4º da Lei Municipal nº 5.496/2013.

CAPÍTULO II

Da Instauração do Procedimento Licitatório e dos Parâmetros da Concessão

Art. 3º Deverá ser instaurado procedimento licitatório na modalidade concorrência, até 25 de maio de 2026 e concluído até 31 de dezembro de 2026, para a outorga da concessão de que trata este Decreto, observadas as disposições da Lei Municipal nº 5.496, de 17 de maio de 2013, da Lei Federal nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021, bem como do Termo de Acordo de Mediação PD COMPOR nº 221/2024.

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes parâmetros fundamentais da concessão, a serem detalhados no edital e no contrato:

I - modalidade licitatória: Concorrência Pública, conforme Lei Federal nº 14.133/2021;

II - regime de delegação: concessão comum, conforme Lei Federal nº 8.987/1995;

III - critério de julgamento: maior outorga fixa anual;

IV - prazo da concessão: 20 (vinte) anos, prorrogável por até 10 (dez) anos;



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



V - outorga mínima: R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais) por ano, devida a partir do 61º (sexagésimo primeiro) Mês da concessão, corrigida anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, a partir do 7º (sétimo) Ano;

VI - aporte do poder concedente: R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais), a ser repassado durante a fase de execução das obras, em parcelas mensais, vinculadas ao avanço físico certificado, a ser incluído na Lei Orçamentária Anual de 2027;

VII - valor total estimado das obras: R\$ 8.510.934,90 (oito milhões, quinhentos e dez mil, novecentos e trinta e quatro reais e noventa centavos), sendo R\$ 4.438.479,53 (quatro milhões, quatrocentos e trinta e oito mil, quatrocentos e setenta e nove reais e cinquenta e três centavos) referentes à reforma interna e R\$ 4.072.455,37 (quatro milhões, setenta e dois mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais e trinta e sete centavos) referentes à área externa, conforme orçamentos elaborados por profissionais habilitados com base nos bancos de preços SINAPI, SETOP/MG, SUDECAP e SBC, referência janeiro de 2026.

Art. 5º O Estudo Técnico Preliminar nº 001/2026, elaborado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, constitui documento técnico de referência da modelagem da concessão e deverá integrar o respectivo processo administrativo.

CAPÍTULO III

Da Comissão Especial de Licitação

Art. 6º A condução do procedimento licitatório de que trata este Decreto caberá à Comissão Especial de Licitação, a ser designada por



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



portaria específica, observada a legislação aplicável e o regulamento municipal próprio.

§ 1º A Comissão Especial de Licitação exercerá suas funções sem prejuízo das atribuições dos cargos de origem de seus membros.

§ 2º Caberá à Comissão Especial de Licitação a elaboração, publicação e condução de todas as fases da Concorrência Pública, incluindo o recebimento e julgamento das propostas, a habilitação dos licitantes e a lavratura das respectivas atas.

§ 3º A Comissão Especial de Licitação poderá ser assessorada por servidor ou profissional especializado em concessões, designado por ato complementar.

§ 4º A Comissão Especial de Licitação encaminhará à 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de Betim do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados de cada publicação, cópias do edital, das atas das sessões públicas e do contrato de concessão, em cumprimento ao Termo de Acordo de Mediação PD COMPOR nº 221/2024.

CAPÍTULO IV

Da Proteção aos Permissionários Atuais

Art. 7º O edital de Concorrência Pública e o contrato de concessão deverão prever, obrigatoriamente, mecanismo de transição que assegure aos permissionários que atualmente ocupam as dependências do CEABE, bem como àqueles que nele tenham operado nos últimos 5 (cinco)



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



anos, o exercício do direito de preferência na celebração dos contratos de locação com o concessionário, nos termos do art. 8º-A da Lei Municipal nº 6.557/2019 e do art. 27 da Lei Federal nº 8.245/1991.

§ 1º Os contratos de locação celebrados entre o concessionário e os lojistas serão regidos pela Lei Federal nº 8.245, de 18 de outubro de 1991, (Lei do Inquilinato).

§ 2º O edital estabelecerá cláusula de escalonamento do aluguel nos primeiros 60 (sessenta) meses da concessão, com valor inicial equivalente à taxa de condomínio, evoluindo gradualmente até o valor de mercado, em conformidade com o Termo de Acordo de Mediação PD COMPOR nº 221/2024.

§ 3º O concessionário garantirá a continuidade das atividades dos permissionários atuais durante o período de execução das obras de revitalização, por meio de Plano de Transição Operacional a ser aprovado pelo poder concedente nos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias da concessão.

CAPÍTULO V Das Disposições Finais

Art. 8º A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano fica autorizada a praticar os atos administrativos necessários à instrução do processo licitatório, incluindo a contratação de serviços técnicos especializados de apoio à elaboração do edital, do contrato e dos demais anexos da Concorrência Pública.



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



Art. 9º A Secretaria de Gestão e Finanças providenciará, no prazo de 30 (trinta) dias, a verificação da adequação do aporte de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) ao Plano Plurianual - PPA, e à Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO vigentes, bem como a inclusão da dotação correspondente no projeto de Lei Orçamentária Anual de 2027.

Art. 10. A Procuradoria-Geral do Município emitirá parecer jurídico sobre a minuta do edital e do contrato de concessão antes de sua publicação, nos termos do, § 3º, do art. 53, da Lei Federal nº 14.133/2021.

Art. 11. O Município de Betim comunicará formalmente à 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de Betim do Ministério Público do Estado de Minas Gerais e ao Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa do Patrimônio Público – CAOPP a instauração do procedimento licitatório, no prazo de 2 (dois) dias úteis contados da publicação deste Decreto, encaminhando cópia integral deste ato normativo e do Estudo Técnico Preliminar nº 001/2026.

Art. 12. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Guimarães

Prefeito Municipal

Joab Ribeiro Costa

Procurador-Geral do Município



PREFEITURA DE BETIM



WWW.BETIM.MG.GOV.BR



PORTARIAS



Secretaria Municipal de Cultura

secult.gabinete@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3594-4382

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Portaria SECULT nº 05, de 20 de Maio de 2026

Altera a Portaria SECULT nº 03, de 29 de janeiro de 2026, que institui e nomeia a Comissão Especial de Avaliação e Seleção da PNAB, no âmbito da Secretaria Municipal de Cultura, para análise e seleção de projetos da Política Nacional Aldir Blanc.

A SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, no uso de suas atribuições legais e regulamentares,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar o inciso II do art. 2º da Portaria SECULT nº 03, de 29 de janeiro de 2026, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º (...)

I - Membros suplentes:

1. Maria Emília Martins - Membro suplente;
2. Gardênia Daiane dos Santos - Membro suplente;
3. Nyanne Cristina da Silva - Membro suplente;
4. Eder Fabiano da Silva - Membro suplente;
5. Yago Prado - Membro suplente;

Art. 2º Fica revogada a nomeação de Thiago Felipe de Souza Castro, Fabiana Teixeira Costa e Juliano Márcio da Silva Amaral como membros suplente da Comissão de Avaliação e Seleção da PNAB.

Art. 3º Permanecem inalterados os demais dispositivos da Portaria SECULT nº 03, de 29 de janeiro de 2026.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Órgão Oficial do Município.

Thiago Pereira da Silva Flores
Secretário Municipal de Cultura



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



PORTARIA GAP Nº 269, DE 20 DE MAIO DE 2026

**DESIGNA OS MEMBROS DA
COMISSÃO ESPECIAL DE LICITAÇÃO -
CEL, PARA CONDUÇÃO DA
CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº
001/2026, DESTINADA À OUTORGA DE
CONCESSÃO DAS DEPENDÊNCIAS DO
MERCADO CENTRAL DE BETIM
“JOSELY DIMAS REZENDE” - CEABE, E
DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

CONSIDERANDO o inc. II, do art. 37, da Lei Orgânica do Município de Betim, o art. 6º do Decreto Municipal 53.174, de 20 de maio de 2025, bem como o inc. IV, do art. 8º, da Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021;

O Prefeito Municipal de Betim, no desempenho de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º Ficam designados os seguintes servidores para compor a Comissão Especial de Licitação - CEL, responsável pela condução de todas as fases da Concorrência Pública nº 001/2026, destinada à outorga de concessão das dependências do Mercado Central de Betim “Josely Dimas Rezende” - CEABE:



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



I – Marina Augusto de Morais, Presidente;

II – Patrícia Juliana Barreto Correia Oliveira, Membro;

III – Ana Paula Maria Lúcia Andrade, Membro.

Art. 2º A Comissão Especial de Licitação exercerá suas funções sem prejuízo das atribuições inerentes aos cargos de origem de seus membros.

Art. 3º Os membros da Comissão respondem solidariamente por todos os atos por ela praticados, salvo se posição individual divergente estiver devidamente fundamentada e registrada em ata, nos termos do art. § 2º, do art. 8º, da Lei Federal nº 14.133/2021.

Art. 4º Compete à Comissão Especial de Licitação:

I - elaborar, publicar e conduzir todas as fases do edital de Concorrência Pública nº 001/2026, observadas as disposições da Lei Federal nº 8.987/1995 e da Lei Federal nº 14.133/2021;

II - receber, examinar e julgar os documentos de habilitação e as propostas dos licitantes;

III - lavrar as atas de sessão e os demais instrumentos necessários à documentação do certame;

IV - encaminhar ao Ministério Público do Estado de Minas Gerais - 4ª Promotoria de Justiça da Comarca de Betim, cópias do edital das atas de sessão e do contrato de concessão, no prazo de 5 (cinco) dias úteis após cada publicação, em cumprimento ao Termo de Acordo de Mediação PD COMPOR nº 221/2024;



Procuradoria-Geral do Município

pgm.normativos@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3342

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim/MG - 32600-412



V - promover os atos necessários à instrução do processo licitatório e à homologação do resultado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal.

Art. 5º A Comissão Especial de Licitação poderá ser assessorada por servidor ou profissional especializado em concessões, a ser designado por ato complementar, conforme previsto no § 3º, do art. 6º, do Decreto Municipal nº 53.174, de 20 de maio de 2026.

Art. 6º Os serviços prestados pelos membros da Comissão são considerados de natureza relevante e não serão remunerados separadamente, nos termos do art. 37, XVII, da Constituição Federal.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Betim, 20 de maio de 2026.

Heron Guimarães

Prefeito Municipal

Joab Ribeiro Costa

Procurador-Geral do Município



PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº 53/2026

TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL QUE
ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O
MUNICÍPIO DE BETIM, ATRAVÉS DA
PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO, E DE
OUTRO, A **ADRIANA NUNES TELES BAETA
ZEBRAL**.

Aos 15 de abril de 2026, a **COMPROMISSÁRIA ADRIANA NUNES TELES BAETA ZEBRAL**, inscrita no CPF nº XXXX, situada na Rua XXXX, nº XXXX, Bairro XXXX, em XXXXX/MG, compareceu à Procuradoria-Geral do Município, para celebrar o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL** junto ao **MUNICÍPIO DE BETIM**, representado neste ato por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães, e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa, doravante denominado **COMPROMITENTE**.

CONSIDERANDO que o Termo de Ajustamento Municipal, instituído pela Lei Municipal nº 5.480/2013, alterada pela Lei nº 5.616/2013, constitui instrumento destinado à adequação de condutas às exigências legais;

CONSIDERANDO que a **COMPROMISSÁRIA** manifestou interesse no Processo Administrativo nº 24.954/2026, em receber a Doação sem encargos do Lote nº 04, da Quadra nº 37, situado no Bairro Laranjeiras, integrante da Matrícula nº 14.678, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim;

CONSIDERANDO que o imóvel objeto da doação, integrante da Matrícula nº 14.678 do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, apresenta características físicas que limitam seu aproveitamento pelo Município, não possuindo potencial construtivo significativo, nem sendo apto para exploração econômica;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CONSIDERANDO que, em razão dessa característica, a presente doação se justifica sem exigência de contrapartida financeira, não se aplicando, ao caso, a lógica de equivalência econômica prevista na legislação municipal;

CONSIDERANDO, contudo, a existência de situação de risco na área, demandando intervenção técnica adequada;

CONSIDERANDO que o interesse público restará atendido mediante a execução de obra de contenção apta a eliminar integralmente os riscos existentes, promovendo segurança urbana e prevenção de danos;

Considerando que a área objeto da presente doação não constitui interesse público municipal, em razão do seu baixo potencial construtivo e das condições topográficas desfavoráveis, consistindo em talude instável que inviabiliza qualquer aproveitamento urbanístico ou econômico relevante;

CONSIDERANDO que a execução da referida obra deverá observar critérios técnicos rigorosos, com prévia aprovação pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano – SEDURB, garantindo a efetiva solução da situação de risco;

CONSIDERANDO os artigos 19 e 20, da Lei Orgânica do Município de Betim, preceituam sobre a alienação de bens públicos municipais;

CONSIDERANDO que a presente doação será realizada sem encargos financeiros de contrapartida, em razão da natureza e limitação da área;

CONSIDERANDO que foi realizada a avaliação da área de 375,00m² (trezentos e setenta e cinco metros quadrados), integrantes da Matrícula nº 14.678 do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, respectivamente no montante de R\$231.701,00

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



(duzentos e trinta e um mil, setecentos e um reais), conforme Laudo Técnico de Avaliação, acostado às fls.13/65, do Processo Administrativo nº 24.954/2026.

CONSIDERANDO que o § 6º, do art. 76, da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021, preceitua que *“A doação com encargo será licitada e de seu instrumento constarão, obrigatoriamente os encargos, o prazo de seu cumprimento e cláusula de reversão, sob pena de nulidade do ato, sendo dispensada a licitação no caso de interesse público devidamente justificado”*;

CONSIDERANDO que nas hipóteses de licitação dispensada, a Administração Pública não poderá realizar licitação, uma vez que a lei afasta a possibilidade de realização do procedimento;

CONSIDERANDO a Manifestação de interesse público no bojo do Processo Administração;

CONSIDERANDO que o caso em tela, configura-se em licitação dispensada conforme preceitua o § 6º, do art. 76, da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021;

CONSIDERANDO que, após a publicação do Termo de Ajustamento Municipal, o COMPROMISSÁRIO terá a posse imediata do imóvel em questão, para fins de realização de obra de contenção;

CONSIDERANDO que os imóveis públicos desocupados que não cumprem sua função social, são suscetíveis a invasões e não geram arrecadação tributária para o Município;

CONSIDERANDO que a **COMPROMISSÁRIA** promoverá a destinação social com ocupação do imóvel, e que tal ocupação propiciará a ampliação do empreendimento no local;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



RESOLVEM celebrar, em comum acordo, com força de título executivo extrajudicial, o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**, doravante denominado **TERMO**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1 O objeto deste TERMO é a doação com encargos, para a **COMPROMISSÁRIA**, da seguinte área:

1.1.1 Área pública de 375,00m² (trezentos e setenta e cinco metros quadrados), integrante da Matrícula nº 14.678 do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, avaliada no montante de R\$231.701,00 (duzentos e trinta e um mil, setecentos e um reais), conforme Laudo Técnico de Avaliação acostado às fls. 13/65, do Processo Administrativo nº 24.954/2026;

1.2 A doação será formalizada sem imposição de encargos financeiros de contrapartida a ser revertida ao Município, em razão do baixo potencial construtivo da mesma, que inviabiliza aproveitamento econômico ou urbanístico significativo.

1.3 Constitui obrigação da compromissária donatária a execução de obra de contenção na área, a qual deverá ser projetada e implementada de forma tecnicamente adequada, de modo a eliminar integralmente os riscos existentes, devendo o projeto ser previamente aprovado pelos órgãos competentes da Administração Pública.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

2.1 A **COMPROMISSÁRIA** se compromete a garantir o total cumprimento de suas obrigações, mediante a execução do objeto previsto na Cláusula Primeira deste Termo.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



2.2 A COMPROMISSÁRIA se compromete a realizar, às suas expensas, toda e qualquer obra, intervenção, medida corretiva ou providência que se fizer necessária à adequada contenção da área e à eliminação dos riscos existentes, incluindo a obtenção de todas as licenças, autorizações e aprovações junto aos órgãos competentes, especialmente a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano – SEDURB e demais órgãos pertinentes, observando integralmente a legislação e as normas técnicas vigentes à época de sua execução.

2.3 A COMPROMISSÁRIA está ciente de que receberá a posse do imóvel objeto deste Termo somente após a assinatura e publicação deste instrumento, bem como de que a transferência definitiva do bem ocorrerá apenas após o integral cumprimento da contrapartida estabelecida.

2.4 A COMPROMISSÁRIA está ciente que o descumprimento de qualquer cláusula constante deste Termo de Ajustamento Municipal - TAM, implicará na imediata revogação do TERMO, com a consequente Reversão da Posse e Propriedade ao **COMPROMITENTE**.

2.5 A COMPROMISSÁRIA se compromete em arcar com todos as taxas de emolumentos cartorários relativos à Minuta de Doação, Escritura de Doação e a Transferência do Imóvel, no cartório de Registro de Imóveis e no Tabelionato de Registro de Notas deste Município.

2.6 A COMPROMISSÁRIA responsabilizam-se integralmente por quaisquer danos causados a terceiros ou ao Município de Betim, decorrentes de ação ou omissão relacionados às obras e demais atividades por ela executadas no imóvel objeto da doação, assumindo todos os riscos inerentes à sua atuação;

2.7 A COMPROMISSÁRIA está ciente que, a obra apenas poderá iniciar após a expedição de Termo de início de obras pela Empresa de Construção, Obras, Serviços, Projetos e Transporte e Trânsito em Betim-ECOS.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE



PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imoveis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



3.1 O COMPROMITENTE se compromete doar a área pública de 375,00m² (trezentos e cinquenta e cinco metros quadrados) integrante da Matrícula nº14.678 do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim.

3.2 O COMPROMITENTE irá encaminhar à Câmara Municipal de Betim, Projeto de Lei de Doação sem Encargos da área objeto deste Termo, para fins de votação contados a partir da assinatura e publicação deste TERMO.

3.3 O COMPROMITENTE terá o direito de acompanhar, fiscalizar e supervisionar a execução de todas as atividades realizadas pela compromissária donatária na área objeto da doação, especialmente no que se refere à implantação e manutenção da obra de contenção. A compromissária se obriga a fornecer acesso, informações e documentos necessários à fiscalização, sob pena de responsabilização administrativa, civil e/ou penal em caso de descumprimento.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS

4.1 A COMPROMISSÁRIA está ciente e concorda que, ocorrendo a resolução do presente Termo, qualquer tipo de edificação e/ou benfeitorias realizadas pelo mesmo no imóvel, objeto desta doação, com ou sem autorização do **COMPROMITENTE**, não serão indenizadas ou ressarcidas, muito menos removidas, incorporando-se às edificações acaso realizadas, ao patrimônio público municipal.

4.2 A COMPROMISSÁRIA está ciente que a doação do imóvel objeto deste, não ensejará nenhuma indenização a empregados e similares, contratados pela mesma, para prestação de serviços afins, muito menos em razão de realização de obras necessárias, úteis ou voluptuárias, inclusive no que concerne à reparação das respectivas áreas objeto desta doação.

CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE

5.1 A COMPROMISSÁRIA isenta o **COMPROMITENTE** das responsabilidades civil, criminal e/ou administrativa por danos causados a terceiros relacionados à implantação de obras presentes e futuras, nas áreas objeto deste Termo.



PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



5.2 A COMPROMISSÁRIA está ciente que este **TERMO** tem eficácia plena, desde a data de sua assinatura, não a eximindo de eventuais responsabilidades administrativa, cível e penal, em razão de suas condutas e que valerá como título executivo extrajudicial, conforme legislações vigentes.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1 O COMPROMITENTE se incumbe a publicar o presente Termo no Órgão Oficial do Município.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1 Considera-se rescindido de pleno direito o presente Termo, quando descumprida qualquer de suas **CLÁUSULAS**, ressalvado o caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado, sem prejuízo de aplicação das penalidades e sanções previstas neste Termo e nas legislações vigentes.

7.2 Caberá a rescisão imediata do Termo, ainda, nas seguintes hipóteses, independente de notificação extrajudicial:

7.2.1 Existindo acordo entre as partes em relação à rescisão do presente Termo, sem ônus para o **COMPROMITENTE**;

7.2.2 Em caso de descumprimento do **TERMO**, decorrente da cessão ou da transferência, no todo ou em parte, desta doação, ou delegação a outrem da incumbência de cumprir as obrigações consignadas, sem prévia e expressa autorização do **COMPROMITENTE**;

CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1 Fica eleito o foro da Comarca de Betim para dirimir questões envolvendo este Termo.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



E por estarem assim, justas e acordadas, assinam o presente TAM, Termo de Ajustamento Municipal, em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, obrigando-se a fazê-lo, firme e valioso por si e seus eventuais sucessores.

Betim, 15 de abril de 2026.

HERON DOMINGUES GUIMARÃES
PREFEITO

JOAB RIBEIRO COSTA
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

ADRIANA NUNES TELES BAETA ZEBRAL
COMPROMISSÁRIA

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM Nº 70/2026

TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM
Nº 70/2026, QUE ENTRE SI CELEBRAM O
MUNICÍPIO DE BETIM, POR MEIO DA
PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO, E
INSTITUTO BOM JESUS.

Aos 04 de maio de 2026, compareceu perante a Procuradoria Geral do Município, a **INSTITUTO BOM JESUS**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, CNPJ nº 02.361.603/0001-44, com sede na Rua Amazonas, nº 360, Bairro Vila Universal, neste Município, representado neste ato por sua presidente Sra. Kenia de Sousa Paula Bueno, brasileira, CPF Nº XXXX, Documento de Identificação nº MG XXXXX, doravante denominada **COMPROMISSÁRIA**, e **MUNICÍPIO DE BETIM**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.715.391/0001-96, com sede à Rua Pará de Minas, nº 640, Bairro Brasília, Betim-MG, CEP nº 32.600-412, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa, doravante denominado **COMPROMITENTE**, para celebrarem o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**.

CONSIDERANDO que a **COMPROMISSÁRIA** instaurou o Processo Administrativo nº 6.548/2025, solicitando a Doação com Encargos Sociais dos Lotes nº 0007, 0008 e 0009, todos da Quadra nº 0032, cadastrado nas Matrículas nº 24.951, 24.952 e 185.401, respectivamente, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, localizados na Rua Amazonas, nº360, Bairro Vila Universal, em Betim/MG, para o funcionamento do INSTITUTO BOM JESUS;

CONSIDERANDO que a proposta do INSTITUTO BOM JESUS consiste em oferecer assistência educacional e social, atender não apenas às crianças, mas também estendendo suporte e acolhimento às suas famílias, com a atuação pautada na inclusão, na responsabilidade social e na formação cidadã;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CONSIDERANDO a necessidade do atendimento à população do Município de Betim, de forma a proporcionar desenvolvimento educacional, social e emocional;

CONSIDERANDO o inciso II, do art. 21, da Lei Orgânica do município de Betim, que autoriza o uso especial de bem imóvel do patrimônio municipal, por terceiro, mediante Permissão de Uso;

CONSIDERANDO que a Secretaria Municipal da Educação manifestou favoravelmente à doação com encargos sociais, às fls. 58/59, do Processo Administrativo nº 6.548/2025;

CONSIDERANDO que a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico - SEDEC manifestou-se acerca do interesse público na doação com encargos sociais, opinando favoravelmente pela isenção dos encargos financeiros, através do Despacho nº 205/2025, acostado aos autos do Processo Administrativo nº 6.548/2025;

CONSIDERANDO que nas hipóteses de licitação dispensada, a Administração Pública não poderá realizar licitação, uma vez que a lei afasta a possibilidade de realização do procedimento;

CONSIDERANDO que o caso em tela, configura-se em licitação dispensada conforme preceitua o §6º, do art. 76, da Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021;

CONSIDERANDO os artigos 19 e 20, da Lei Orgânica do Município de Betim, preceituam sobre a alienação de bens públicos municipais;

CONSIDERANDO a Lei Municipal nº 6.646, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece as regras para doação com encargos realizadas pelo Município, em especial, em seu art. 2º;

CONSIDERANDO que a Lei Federal nº 14.133/2019, em seu art. 76, preceitua que a doação deverá ser precedida mediante encargos;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imeis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CONSIDERANDO que o Parágrafo Único, da Lei Municipal nº 6.646, de 20 de dezembro de 2019, preceitua que *“Em casos de extraordinário interesse público, referentes à instalação no Município de atividades econômicas e sociais com relevantes impactos positivos, tecnicamente demonstrados, sobre a população local, poderá a Administração Pública deliberar pela redução ou isenção do percentual fixado sobre o valor do bem, referente à contrapartida;”*

CONSIDERANDO que o Parecer Jurídico exarado no Processo Administrativo nº 6.548/2025, opinou pela dispensa do pagamento de encargos financeiros, tendo em vista a relevância da atividade exercida pelo Requerente, no qual foi devidamente confirmada pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico;

CONSIDERANDO que os encargos sugeridos à **COMPROMISSÁRIA**, consistem na continuidade do funcionamento da associação, no Município;

CONSIDERANDO que o Termo de Ajustamento Municipal, instituído pela Lei Municipal nº 5.480, de 17 de abril de 2013, trata de instrumento por meio do qual busca adaptar a conduta dos interessados às exigências legais, para regularizar atos e procedimentos de entidades que possuam vínculo jurídico ou administrativo com a Administração Pública Direta e Indireta Municipal;

RESOLVEM celebrar, em comum acordo, com força de título executivo extrajudicial, o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL - TAM Nº X/2026**, doravante denominado **TERMO**.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O objeto deste **TERMO**, é a Doação com Encargos Sociais dos Lotes nº 0007, 0008 e 0009, todos da Quadra nº 0032, cadastrado nas Matrículas nº 24.951, 24.952 e 185.401, respectivamente, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, localizados na Rua Amazonas, nº360, Bairro Vila Universal, em Betim/MG à **COMPROMISSÁRIA INSTITUTO BOM JESUS**, para fins de implementação de suas atividades de interesse social.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imeis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



1.1.1 Os imóveis descritos no item 1.1 da Cláusula Primeira deste Termo foram avaliados em R\$914.088,83 (novecentos e quatorze mil oitocentos e oitenta e oito reais e oitenta e três centavos), conforme fls. 62/39, do Processo Administrativo nº 6.548/2025.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

2.1 A **COMPROMISSÁRIA** se compromete a dar continuidade do exercício de suas atividades neste Município, quais sejam educacional, social, assistencial, com o desenvolvimento de pessoas vulneráveis, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual, bem como ações socioassistenciais de forma continuada, permanente, planejada nas modalidades de atendimento e/ou defesas e garantias de direito da família e da comunidade, sob pena de reversão do imóvel ao Município de Betim, a serem exercidas no local objeto da doação.

2.2 A **COMPROMISSÁRIA** se responsabiliza pela conservação do imóvel e suas benfeitorias, inclusive no que concerne aos tributos e encargos decorrentes da utilização do imóvel objeto da doação, sem nenhum ônus para o **COMPROMITENTE**.

2.3 A **COMPROMISSÁRIA** se compromete a respeitar todas as normas vigentes, arcando com todas as despesas de manutenção, de projeto de modificação, de ampliação, ou qualquer alteração pretendida, caso autorizadas pelo **COMPROMITENTE**.

2.4 A **COMPROMISSÁRIA** está expressamente proibida de ceder, no todo ou em parte, o imóvel objeto deste TERMO, que está sob o regime da doação, bem como transferir a terceiros os direitos decorrentes do presente instrumento, sem expressa autorização do **COMPROMITENTE**

2.5 A **COMPROMISSÁRIA** está ciente que o descumprimento de qualquer Cláusula constante deste TAM – Termo de Ajustamento Municipal, implicará na imediata revogação do TERMO, com a consequente Reversão da Propriedade ao **COMPROMITENTE**,

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



independente de Notificação, sem qualquer direito a ressarcimento, a indenização, a pagamentos ou retenções.

2.6 A COMPROMISSÁRIA se compromete em arcar com todos as taxas de emolumentos cartorários relativos à Minuta de Doação, Escritura de Doação e a Transferência do Imóvel, no cartório de Registro de Imóveis e no Tabelionato de Registro de Notas deste Município, podendo ser realizado pelo **COMPROMITENTE**, caso seja apresentada justificativa.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

3.1 O COMPROMITENTE se compromete doar com encargos sociais os Lotes nº 0007, 0008 e 0009, todos da Quadra nº 0032, cadastrado nas Matrículas nº 24.951, 24.952 e 185.401, respectivamente, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, localizados na Rua Amazonas, nº360, Bairro Vila Universal, em Betim/MG à **COMPROMISSÁRIA INSTITUTO BOM JESUS**, mediante a contrapartida de dar continuidade aos serviços de assistência educacional e social às crianças, estendendo suporte e acolhimento às suas famílias, com atuação pautada na inclusão, na responsabilidade social e na formação cidadã.

3.2 O COMPROMITENTE se compromete em enviar à Câmara Municipal de Betim, Projeto de Lei de Doação com Encargos da área objeto deste TERMO, para votação e posterior promulgação de Lei Municipal;

3.3 O COMPROMITENTE se compromete a expedir a Minuta de Escritura Pública de Doação, após a autorização legislativa da doação dos imóveis, objeto deste Termo.

3.4 O COMPROMITENTE fiscalizará eventual reforma a ser realizada pelo **COMPROMISSÁRIA**, bem como a utilização do imóvel e das benfeitorias, através de seus órgãos técnicos de fiscalização, podendo, a qualquer tempo, verificar o cumprimento das

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imeis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



finalidades fixadas no respectivo Termo, tomando as medidas administrativas necessárias, em caso de eventuais descumprimentos.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS

4.1 A doação com encargos sociais, outorgada à **COMPROMISSÁRIA**, não se presta para garantir dívidas, de qualquer natureza, de responsabilidade do **COMPROMISSÁRIA**, ou de seus representantes, mesmo que tenha relação com as suas atividades direta ou indiretamente.

4.2 A **COMPROMISSÁRIA**, está ciente e concorda que, ocorrendo a resolução do presente TERMO, qualquer tipo de edificação e/ou benfeitorias realizadas pelo mesmo no imóvel objeto desta doação, com ou sem autorização do **COMPROMITENTE**, não serão indenizadas ou ressarcidas, muito menos removidas, incorporando-se às edificações acaso realizadas, ao patrimônio público municipal.

4.3 A **COMPROMISSÁRIA**, está ciente que a doação do imóvel objeto deste, não ensejará nenhuma indenização à empregados e similares, contratados pela mesma, para prestação de serviços afins, muito menos em razão de realização de obras necessárias, úteis ou voluptuárias, inclusive no que concerne à reparação das respectivas áreas objeto desta doação.

4.4 A **COMPROMISSÁRIA** deverá arcar com todos os reparos e obras necessárias à conservação do imóvel, executando às suas expensas, antes da entrega das chaves ao **COMPROMITENTE**, devendo devolver o imóvel e as benfeitorias em perfeitas condições de uso.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imoveis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CLÁUSULA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE

5.1 A **COMPROMISSÁRIA** isenta o **COMPROMITENTE** das responsabilidades civil, criminal e/ou administrativa por danos causados a terceiros relacionados à implantação de obras futuras realizadas por ela, bem como, em decorrência de qualquer atividade exercida no imóvel objeto deste Termo.

5.2 O atendimento das obrigações fixadas neste Termo não exime a **COMPROMISSÁRIA** de, eventualmente, garantir outras exigências legais, desde que comprovadamente necessárias.

5.3 A **COMPROMISSÁRIA** está ciente que este Termo tem eficácia plena, desde a data de sua assinatura, não a eximindo de eventuais responsabilidades administrativa, cível e penal em razão de sua conduta e que valerá como título executivo extrajudicial, conforme legislações vigentes.

CLÁUSULA SEXTA - DAS SANÇÕES

6.1 Caso a **COMPROMISSÁRIA** descumpra qualquer cláusula do presente Termo, o imóvel, as benfeitorias, além de outras edificações existentes, reverterão imediatamente ao **COMPROMITENTE**, independente de notificação, ou indenização, além das sanções previstas na legislação sobre a espécie.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO

7.1 A presente doação com encargos, do imóvel público será outorgada pelo **COMPROMITENTE**, a partir da publicação deste TERMO e terá vigência por prazo indeterminado.

CLÁUSULA OITAVA - DA FISCALIZAÇÃO

8.1 O **COMPROMITENTE** fiscalizará o cumprimento deste TERMO, por meio da Procuradoria-Geral do Município e demais Secretarias.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES

9.1 Caso a **COMPROMISSÁRIA** descumpra qualquer determinação do presente Termo, as benfeitorias, além de outras edificações existentes, reverterão imediatamente ao **COMPROMITENTE**, independente de notificação, ou indenização, além das sanções previstas na legislação sobre a espécie.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1 Considera-se rescindido de pleno direito o presente TERMO, quando descumprida qualquer de suas **CLÁUSULAS**, ressalvado o caso fortuito ou força maior, devidamente comprovado, sem prejuízo de aplicação das penalidades e sanções previstas neste TERMO e nas legislações vigentes.

10.2 O presente TERMO também será rescindido de pleno direito em caso de desvio de finalidade na utilização do bem público, bem como se houver o aproveitamento inadequado do bem.

10.3 Caberá a rescisão imediata do TERMO, ainda, nas seguintes hipóteses, independente de notificação extrajudicial:

10.3.1 Existindo acordo entre as partes em relação à rescisão do presente TERMO, sem ônus para o **COMPROMITENTE**;

10.3.2 Em caso de descumprimento do **TERMO**, decorrente da cessão ou da transferência, no todo ou em parte, desta doação, ou delegação a outrem da incumbência de cumprir as obrigações consignadas, sem prévia e expressa autorização do **COMPROMITENTE**, ficando permitindo o trabalho em rede com outras entidades em benefício da população;

10.3.3 Apurado dolo, culpa, simulação ou fraude na execução da concessão de uso, por parte da **COMPROMISSÁRIA**, em relação ao objeto deste TERMO, concedida pelo **COMPROMITENTE**;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imoveis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



10.3.4 Caso de eventual extinção da **COMPROMISSÁRIA**, falência ou outros fatos que impeçam a execução do respectivo **TERMO**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA PUBLICAÇÃO

11.1 O **COMPROMITENTE** se compromete a publicar o presente **TERMO** no Órgão Oficial do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1 Fica eleito o foro da Comarca de Betim para dirimir quaisquer questões envolvendo este **TERMO**.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente **TERMO** em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, obrigando-se a fazê-lo, firme e valioso por si e seus eventuais sucessores.

Betim, 04 de maio de 2026.

HERON DOMINGUES GUIMARÃES

PREFEITO

JOAB RIBEIRO COSTA

PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

KENIA DE SOUSA PAULA BUENO

INSTITUTO BOM JESUS - COMPROMISSÁRIA

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº 73/2026

TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL QUE
ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O
MUNICÍPIO DE BETIM, ATRAVÉS DA
PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO, E
DE OUTRO, **ADERBAL HIPÓLITO LARA
GOMES**.

Aos 06 de maio de 2026, **ADERBAL HIPÓLITO LARA GOMES**, brasileiro, solteiro, pessoa física inscrito sob CPF nº XXX, e RG XXXXX, que vive em regime de união estável com **PRISCILA CARINE SANTOS CARNEIRO**, brasileira, solteira, pessoa física inscrita sob o CPF nº XXXX, inscrita no RG XXXX, residentes e domiciliados à RuXXXX, Bairro XXXX, em Betim/MG doravante denominados **COMPROMISSÁRIOS**, e **MUNICÍPIO DE BETIM**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 18.715.391/0001-96, com sede à Rua Pará de Minas, nº 640, Bairro Brasília, Betim-MG, CEP nº 32.600-412, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa, doravante denominado **COMPROMITENTE**, para celebrarem o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**.

CONSIDERANDO a legislação aplicável, este termo será regido e interpretado de acordo com o inciso I, do artigo 30, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que versa sobre a competência do Ente Público Municipal para legislar sobre assuntos de interesse local, o inciso VIII, do artigo 30, da mesma Constituição, que atribui competência municipal para promover, no que couber, o adequado ordenamento territorial, através de planejamento e controle do uso do parcelamento e da ocupação do solo urbano, e ainda, pelos Princípios que norteiam a Administração Pública, com destaque para o Princípio da Supremacia do Interesse Público;

CONSIDERANDO que a desapropriação é um procedimento exercido pelo Poder Público, no qual retira de alguém o bem particular, pautado pela necessidade ou utilidade pública, mediante prévia e justa indenização;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CONSIDERANDO que a Administração Pública, deve ser guiada pelos Princípios que a norteiam, destacando-se o Princípio da Supremacia do Interesse Público;

CONSIDERANDO que o proprietário pode ser privado da coisa, em caso de desapropriação por utilidade ou necessidade pública, conforme preconiza o § 3º, do art. 1.228, do Código Civil Brasileiro;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988, no inc. XXIV do art. 5º, versa sobre a possibilidade da Administração Pública, desapropriar bem pautado na utilidade pública, mediante prévia e justa indenização;

CONSIDERANDO o Decreto Municipal nº 53.021, de 15 de abril de 2026, publicado no Diário Oficial do Município, no dia 27 de abril de 2026, que declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação, o Lote nº 07-A, da Quadra nº 0033, do Bairro Granjas Pouso Alto, Betim/MG, para construção e/ou implantação de Equipamento Público.

CONSIDERANDO que o referido imóvel, bem como as benfeitorias, foram devidamente avaliados no valor total de R\$ 1.644.542,90 (um milhão, seiscentos e quarenta e quatro mil quinhentos e quarenta e dois reais e noventa centavos), pela Comissão Permanente de Avaliação e Perícias de Bens Imóveis de Betim, no bojo do Processo Administrativo nº 79.528/2025;

CONSIDERANDO que os **COMPROMISSÁRIOS**, concordaram com o valor ofertado demonstrando interesse em celebrar o **Termo de Ajustamento Municipal - TAM**;

CONSIDERANDO que a desapropriação deverá efetivar-se mediante acordo ou intentar-se judicialmente, nos termos do art. 10, do Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941;

CONSIDERANDO que o **COMPROMITENTE** poderá realizar acordo com a parte, para fins de concretizar o interesse público, nos termos do art. 10, do Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imoveis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



CONSIDERANDO o interesse dos **COMPROMISSÁRIOS** em receber através da Dação em Pagamento o imóvel público de 1.609,86m² parte da Matrícula nº 110.214, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim conforme Levantamento Topográfico acostado no bojo do Processo Administrativo nº 79.528/2025 e avaliado pela Comissão Permanente de Avaliação e Perícias de Bens Imóveis da Comarca de Betim, no importe de R\$713.956,81 (setecentos e treze mil, novecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e um centavos), conforme Laudo de Avaliação acostado aos referidos autos;

CONSIDERANDO a diferença entre o valor do imóvel desapropriado e o imóvel de propriedade Municipal, no importe de R\$930.586,09 (novecentos e trinta mil quinhentos e oitenta e seis reais e nove centavos);

CONSIDERANDO que, diante da diferença apurada entre o valor do imóvel objeto da desapropriação e o valor do imóvel ofertado em dação em pagamento, faz-se necessária a complementação em pecúnia, a fim de assegurar a justa indenização, nos termos do art. 5º, inciso XXIV, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o pagamento da diferença remanescente, no importe de R\$ 930.586,09 (novecentos e trinta mil quinhentos e oitenta e seis reais e nove centavos), será realizado pelo COMPROMITENTE em favor dos COMPROMISSÁRIOS, garantindo a integralidade da indenização devida;

CONSIDERANDO que a composição ajustada entre as partes, mediante dação em pagamento cumulada com pagamento em pecúnia, mostra-se medida adequada, proporcional e suficiente para a plena satisfação do interesse público e para a justa recomposição patrimonial dos **COMPROMISSÁRIOS**;

CONSIDERANDO que, uma vez efetivada a dação em pagamento e quitado o valor complementar em pecúnia, dar-se-á plena, geral e irrevogável quitação quanto à indenização decorrente da desapropriação;

CONSIDERANDO que o Termo de Ajustamento Municipal, instituído pela Lei Municipal nº 5.480/2013, alterada pela Lei Municipal nº 5.616/2013, no âmbito deste Município, trata-se de um instrumento busca adaptar a conduta dos interessados às exigências legais, para regularizar atos e procedimentos de entidades que possuam vínculo jurídico ou administrativo com a Administração Pública Direta e Indireta Municipal;

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



RESOLVEM, em comum acordo, celebrar, com força de título executivo extrajudicial, o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**, doravante denominado **TERMO**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1 O objeto deste Termo é a formalização da Desapropriação, para fins de construção/implantação de equipamento público no Município de Betim do imóvel composto pelo Lote nº 07-A, da Quadra nº 0033, Bairro Jardim Recreio Vianópolis, integrante da Matrícula nº 161.569, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DOS COMPROMISSÁRIOS

2.1 Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam com a realização da desapropriação amigável do imóvel descrito no item 1.1 da Cláusula Primeira, pelo valor total de R\$ 1.644.542,90 (um milhão, seiscentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e quarenta e dois reais e noventa centavos), a ser quitado mediante dação em pagamento de bem imóvel público, cumulada com pagamento em pecúnia da diferença apurada, nos termos deste instrumento.

2.2 Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam em receber, a título de dação em pagamento, o imóvel público de 1.609,86m² parte da Matrícula nº 110.214, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, avaliado no importe de R\$713.956,81 (setecentos e treze mil, novecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e um centavos), conforme Laudo de Avaliação acostado aos referidos autos do Processo Administrativo nº 79.528/2025;

2.3 Os **COMPROMISSÁRIOS** anuem ao pagamento da diferença apurada, no valor de R\$ 930.586,09 (novecentos e trinta mil quinhentos e oitenta e seis reais e nove centavos), a ser efetuado por meio de transferência bancária, em 03 (três) parcelas, com vencimentos em 30 (trinta), 60 (sessenta) e 90 (noventa) dias, contados da publicação do presente Termo no Órgão Oficial do Município de Betim.

2.4 Os **COMPROMISSÁRIOS** deverão providenciar toda a documentação atualizada pertinente e exigida pelo Cartório de Registro de Imóveis, no prazo de 15 (quinze) dias, após a publicação do respectivo Termo e solicitação da Administração Pública, para fins de transferência imobiliária, ciente de que caso o Cartório de Registro de

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

pgm.imoveis@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



Imóveis exija complementação da documentação, posterior à abertura do Protocolo de Registro, esta deverá ser custeada e apresentada pelos COMPROMISSÁRIOS.

2.5 Os COMPROMISSÁRIOS se incumbem de realizar a assinatura do Instrumento Particular com Força de Escritura Pública de Desapropriação, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, após a transferência bancária realizada pelo **COMPROMITENTE**, junto ao Cartório de Ofício de Notas, a ser informado pelo **COMPROMITENTE**, e após a lavratura da Escritura Pública, o conseqüente Registro junto ao Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim/MG.

2.6 Os COMPROMISSÁRIOS concordam em conceder a Imissão Provisória na posse do imóvel ao **COMPROMITENTE**, bem como das benfeitorias, imediatamente, a partir do pagamento do valor ajustado no item 2.1 desta Cláusula, independentemente de assinatura da Escritura Pública de Desapropriação Amigável.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

3.1 O COMPROMITENTE concorda com o pagamento da justa indenização da seguinte forma:

I - a título de dação em pagamento, o imóvel público de 1.609,86m² parte da Matrícula nº 110.214, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, avaliado no importe de R\$713.956,81 (setecentos e treze mil, novecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e um centavos);

II - pagamento da diferença apurada, no valor de R\$ 930.586,09 (novecentos e trinta mil quinhentos e oitenta e seis reais e nove centavos), a ser realizado por meio de transferência bancária, em 03 (três) parcelas, sendo as duas primeiras no valor de R\$ 310.195,36 (trezentos e dez mil cento e noventa e cinco reais e trinta e seis centavos) cada, com vencimento em 30 (trinta) e 60 (sessenta) dias, e a terceira parcela no valor de R\$ 310.195,37 (trezentos e dez mil cento e noventa e cinco reais e trinta e sete centavos), com vencimento em 90 (noventa) dias, contados da publicação deste Termo no Órgão Oficial do Município de Betim.

3.2 O COMPROMITENTE arcará com todas as despesas cartorárias referentes à Desapropriação Amigável fixada neste Termo, inclusive para a lavratura da Escritura Pública de Desapropriação Amigável e respectivo Registro Imobiliário.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



3.2.2 Os **COMPROMISSÁRIOS** declaram estar ciente de que eventuais documentos pessoais exigidos pelo Cartório de Registro de Imóveis deverão ser providenciados e custeados exclusivamente por ele.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DA INDENIZAÇÃO E DA FORMA DE PAGAMENTO

4.1 O valor da indenização acordado entre as partes é de R\$1.644.542,90 (um milhão, seiscentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e quarenta e dois reais e noventa centavos), à qual será quitado da seguinte forma:

4.1.1 a título de dação em pagamento, o imóvel público de 1.609,86m² parte da Matrícula nº 110.214, do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, avaliado no importe de R\$713.956,81 (setecentos e treze mil, novecentos e cinquenta e seis reais e oitenta e um centavos);

4.1.2 pagamento através da transferência bancária da diferença apurada, no valor de R\$930.586,09 (novecentos e trinta mil quinhentos e oitenta e seis reais e nove centavos), a ser efetuado por meio de transferência bancária, em 03 (três) parcelas, com vencimentos em 30 (trinta), 60 (sessenta) e 90 (noventa) dias, contados da publicação do presente Termo no Órgão Oficial do Município de Betim.

4.2 A dação em pagamento será formalizada mediante a transferência do imóvel público aos **COMPROMISSÁRIOS**, por meio de instrumento hábil à transmissão da propriedade, com posterior registro junto ao Cartório de Registro de Imóveis competente.

4.3 Com a efetivação da dação em pagamento e o pagamento integral da diferença em pecúnia, considerar-se-á plenamente quitada a indenização, conferindo-se ao **COMPROMITENTE** plena, geral e irrevogável quitação quanto ao objeto da desapropriação.

4.4 O **COMPROMITENTE** quitará o valor da indenização na forma descrita no item 4.1, à qual a diferença descrita no item 4.1.2, será realizada mediante transferência bancária na conta abaixo especificada:

4.2.1 Nome: Aderbal Hipólito Lara Gomes, CPF nº XXXXXX, Banco XXXX, Agência XXXXX, Conta Corrente XXXXXX.

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



4.5 Com a quitação do valor da indenização, o **COMPROMITENTE** deterá a eficácia plena deste **TERMO**, inclusive para a lavratura da Escritura Pública de Desapropriação Amigável e respectiva transferência imobiliária, não eximindo o **COMPROMISSÁRIO** de eventuais responsabilidades administrativas, cíveis e criminais em razão de suas condutas omissivas e/ou protelatórias, e valerá como título executivo extrajudicial, conforme legislações vigentes.

4.6 O **COMPROMISSÁRIO** outorgará a posse e propriedade imobiliária da área especificada no item 1.1, da CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO, independentemente de novos atos administrativos, valendo este TERMO e o recibo de depósito, como documentos hábeis para comprovar a quitação e transferência da posse imobiliária.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO PARA CUMPRIMENTO

5.1 O **COMPROMITENTE** quitará a obrigação prevista no item 4.1 da Cláusula Quarta, da forma descrita no referido item.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

6.1 O **COMPROMITENTE** se incumbe a publicar o presente Termo no Órgão Oficial do Município.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1 O presente TERMO, após assinado, terá caráter irrevogável, não podendo ser rescindido unilateralmente por nenhuma das partes, salvo nas hipóteses previstas em Lei.

CLÁUSULA OITAVA – DA QUITAÇÃO

8.1 Realizada a transferência do valor acordado entre as partes, os **COMPROMISSÁRIOS** darão quitação geral, de forma irretratável e irrevogável, para nada mais reclamar, administrativa ou judicialmente, no que concerne aos imóveis e benfeitorias acaso existentes, a qualquer título, transmitindo ao **COMPROMITENTE** o domínio, direitos, posse e ações que estiver sobre área desapropriada.

8.2 Os **COMPROMISSÁRIOS**, com a quitação do valor devido, se obriga por si e por seus sucessores, a assinar quaisquer documentos para a concretização da

PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
pgm.imoveis@betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-3420 | 3512-3049
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG



transferência imobiliária, bem como tomar eventuais providências judiciais que se façam necessárias à transmissão imobiliária.

CLAUSULA NONA - DO FORO

9.1 Fica eleito o foro da Comarca de Betim para dirimir questões envolvendo este Termo.

E, por estarem assim, justas e acordadas, assinam o presente TAM - Termo de Ajustamento Municipal, em 02 (duas) vias de igual teor, contendo 6 páginas, para um só efeito, obrigando-se a fazê-lo, firme e valioso por si e seus eventuais sucessores.

Betim, 06 de maio de 2026.

HERON DOMINGUES GUIMARÃES
PREFEITO

JOAB RIBEIRO COSTA
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

ADERBAL HIPÓLITO LARA GOMES
COMPROMISSÁRIO

PRISCILA CARINE SANTOS CARNEIRO
COMPROMISSÁRIA



PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]

**TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL QUE
CELEBRAM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE BETIM,
POR MEIO DA PROCURADORIA-GERAL DO
MUNICÍPIO, E DE OUTRO, MONIQUE [REDACTED] E
OUTROS.**

Aos [REDACTED] ([REDACTED]) dias do mês de [REDACTED] de [REDACTED], a Sra. **MONIQUE [REDACTED]**, inscrita sob o CPF nº [REDACTED], a Sra. **IOLANDA [REDACTED]**, inscrita sob o CPF nº [REDACTED], a Sra. **NATALIA [REDACTED]**, inscrita sob o CPF nº [REDACTED], ambas residentes e domiciliadas à Rua [REDACTED], n.º [REDACTED], CEP [REDACTED], doravante denominada **COMPROMISSÁRIA**, representada por seu advogado, Dr. João [REDACTED], OAB/MG nº [REDACTED], portador do CPF nº [REDACTED], conforme instrumento de procuração em anexo, compareceu à Procuradoria-Geral do Município de Betim, para celebrar o presente **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]**, junto ao **MUNICÍPIO DE BETIM**, doravante denominado **COMPROMITENTE**, representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães, e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa.

CONSIDERANDO que o Termo de Ajustamento Municipal, instituído por meio da Lei Municipal nº 5.480/2013, alterada pela Lei Municipal nº 5.616/2013, trata de instrumento por meio do qual se busca a adaptação da conduta dos interessados às exigências legais, para regularizar atos e procedimentos de entidades que possuam vínculo jurídico ou administrativo com a Administração Pública Direta e Indireta Municipal;

CONSIDERANDO a instituição da Lei Orgânica da Procuradoria-Geral do Município de Betim, sob a égide da Lei Complementar nº 25, de 30 de maio de 2025;

CONSIDERANDO a atribuição mormente conferida ao Procurador-Geral do Município para transigir, acordar ou firmar termo de ajustamento municipal,





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

conforme estatuído pelo Art. 9º, inciso XXXI, da Lei Orgânica da Procuradoria-Geral do Município;

CONSIDERANDO a existência do processo judicial de nº [REDACTED], em fase de Cumprimento de Sentença advindo da Ação de Obrigação de Fazer com pedido de antecipação de tutela, ajuizada com o fito de apurar a ocorrência de deslizamentos de terra de grandes proporções, bem como eventual responsabilidade civil do **COMPROMITENTE**;

CONSIDERANDO que os proprietários dos lotes com limites para à Av. [REDACTED] realizaram uma significativa obra de terraplanagem no terreno a jusante do imóvel pertencente à **COMPROMISSÁRIA**, alterando substancialmente a situação fática da encosta;

CONSIDERANDO ainda que a área supracitada sofreu diversas mudanças físicas, aumentando os riscos geológicos atinentes;

CONSIDERANDO que as mudanças físicas constatadas inviabilizaram o projeto inicial, que previa a técnica de solo grampeado com concreto projetado, tornando necessária a adoção de solução diversa e mais onerosa ao Poder Público;

CONSIDERANDO a manifestação técnica da Empresa de Construções, Obras, Serviços e Projetos- ECOS, que recomendou a desapropriação dos imóveis objeto do presente termo de ajustamento como alternativa à execução das obras determinadas no comando do processo judicial de nº [REDACTED], constante às fls. [REDACTED], do processo administrativo nº [REDACTED];

CONSIDERANDO que a área da matrícula de nº [REDACTED] do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de [REDACTED] foi avaliada pela Comissão Permanente de Avaliação;





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CONSIDERANDO o intuito de desapropriar por utilidade pública e incorporar ao patrimônio público a área de 360 m² (trezentos e sessenta metros quadrados), correspondente ao Lote [REDACTED] da Quadra [REDACTED], situado na Rua [REDACTED], n.º [REDACTED], no bairro [REDACTED], [REDACTED];

CONSIDERANDO a necessidade e o interesse público municipal em realizar a desapropriação amigável do imóvel supramencionado, e das benfeitorias, acaso edificadas;

CONSIDERANDO que a desapropriação apresenta-se como alternativa à execução das obras de contenção, estimada em cerca de R\$ [REDACTED], ([REDACTED] reais);

CONSIDERANDO os princípios da legalidade e economicidade;

CONSIDERANDO a plena capacidade das partes para transigir e transacionar;

RESOLVEM, de comum acordo, celebrar, com força de título executivo extrajudicial, o presente **TERMO AJUSTAMENTO MUNICIPAL N.º [REDACTED]**, doravante denominado **TERMO**, com as cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO PRESENTE TERMO

1.1 O presente Termo tem por objeto a desapropriação amigável da área de 360 m² (trezentos e sessenta metros quadrados), oriunda da matrícula de nº [REDACTED] do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de Betim, correspondente ao [REDACTED] da [REDACTED], situado na Rua [REDACTED], números [REDACTED], no bairro [REDACTED], [REDACTED], no montante atualizado desde a elaboração do laudo de avaliação no importe de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] reais e [REDACTED] centavos), em caráter indenizatório.

1.2 O valor descrito no item anterior será pago pelo **COMPROMITENTE** em 5 (cinco) parcelas mensais no importe de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] reais e [REDACTED] centavos), sendo a





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

primeira parcela depositada em até 45 (quarenta e cinco) dias a partir da publicação do presente termo, nas contas a seguir:

1º parcela no valor de R\$ [REDACTED], será depositada na seguinte conta:

NOME	BANCO	AGÊNCIA	CONTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

A 2º, 3º, 4º e 5º parcelas serão depositadas na proporção de R\$ [REDACTED] em favor da [REDACTED], e R\$ [REDACTED] em favor do Sr. [REDACTED], nas seguintes contas:

NOME	BANCO	AGÊNCIA	CONTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA

2.1 A **COMPROMISSÁRIA** concorda com a imissão provisória na posse do **COMPROMITENTE** no imóvel e nas suas benfeitorias, caso existentes, a partir da quitação da indenização.

2.2 A **COMPROMISSÁRIA** deverá providenciar toda a documentação pertinente exigida pelo Cartório de Ofício de Notas e Cartório de Registro de Imóveis, no prazo de 60 (sessenta) dias, após a assinatura do respectivo Termo, para fins de transferência imobiliária do imóvel.

2.3 A **COMPROMISSÁRIA** se obriga, por si e seus sucessores, a assinar a Escritura Pública de Desapropriação Amigável, ou quaisquer outros documentos, bem como tomar eventuais providências judiciais que se façam necessárias à transmissão do imóvel e suas benfeitorias.





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO
judicialmoveispgm@gmail.com
Telefone: (31) 3512-3352
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE

3.1 O **COMPROMITENTE** concorda com o pagamento da justa indenização da área de 360 m² (trezentos e sessenta metros quadrados), constante da matrícula nº [REDACTED] do Serviço Registral Imobiliário da Comarca de [REDACTED], na forma prevista no Decreto-Lei 3.365/41.

3.2 O **COMPROMITENTE** arcará com todas as despesas cartorárias referentes a desapropriação amigável fixada neste Termo, inclusive para a lavratura da Escritura Pública de Desapropriação Amigável e respectivo Registro Imobiliário.

3.3 Com a quitação do valor da indenização, o **COMPROMITENTE** deterá a eficácia plena deste Termo, inclusive para a lavratura da Escritura Pública de Desapropriação Amigável e respectiva transferência imobiliária, não eximindo a **COMPROMISSÁRIA** de eventuais responsabilidades administrativa, cíveis e criminais em razão de suas condutas omissivas e/ou protelatórias, e valerá como título executivo extrajudicial, conforme legislações vigentes.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESCISÃO

4.1 A assinatura e publicação deste Termo, tem caráter irrevogável e irretratável, cabendo à **COMPROMISSÁRIA** providenciar a documentação necessária para a transferência da posse e propriedade imobiliária.

CLÁUSULA QUINTA – DA MULTA

5.1 Em caso de descumprimento das cláusulas previstas no presente TERMO, fixa-se multa no montante de 1% ao mês, limitado ao percentual total de 10% sobre o valor relativo a indenização disposta na cláusula primeira “1.1”.

CLÁUSULA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

6.1 As partes convergem no sentido de homologação da presente transação nos autos do processo judicial de nº [REDACTED], com resolução da controvérsia para nada mais requerer, a que título for, incluindo-se outras ações que versem sobre o mesmo objeto, multas, indenizações complementares etc, nos termos do Art. 487, III, b do Código de Processo Civil.

6.2 Cada parte arcará com os honorários dos respectivos patronos.

6.3 Considerando a data da efetiva quitação integral da indenização, cessará de forma automática e definitiva qualquer direito dos beneficiários ao recebimento de auxílio habitacional ou aluguel social, seja a que título for, não podendo estes pleitear, requerer ou reivindicar, administrativa ou judicialmente, a concessão, manutenção ou restabelecimento de referido benefício.

CLÁUSULA SETIMA – DO FORO

7.1 Fica eleito o foro da Comarca de Betim para dirimir questões envolvendo o presente termo de ajustamento.

E, por estarem assim justos e acordados, as partes assinam o presente Termo de Ajustamento Municipal em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Betim, [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED].

HERON DOMINGUES GUIMARÃES
PREFEITO

JOAB RIBEIRO COSTA
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

MONIQUE [REDACTED]





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

IOLANDA 

NATALIA 

JOÃO 





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]/[REDACTED]

SEGUNDO ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE BETIM, ATRAVÉS DA PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO, E DE OUTRO, FLÁVIO [REDACTED] E MARIA [REDACTED].

Aos [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], compareceu, o Sr. **FLÁVIO [REDACTED]**, CPF nº [REDACTED], e Sra. **MARIA [REDACTED]**, CPF nº [REDACTED], ambos residentes na Rua [REDACTED], Bairro [REDACTED], neste [REDACTED], doravante denominados **COMPROMISSÁRIOS**, à Procuradoria-Geral do Município, para celebrar o **2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**, junto ao **MUNICÍPIO DE BETIM**, representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães, e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa, doravante denominado **COMPROMITENTE**.

CONSIDERANDO que os **COMPROMISSÁRIOS** realizaram o Termo de Ajustamento Municipal – TAM com o **COMPROMITENTE**, no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], no Processo Administrativo nº [REDACTED], para obter como forma de indenização 1 (uma) casa popular em construção no bairro [REDACTED], em [REDACTED], para entrega no prazo inicial de 12 (doze) meses, conforme item 4.1 da **CLÁUSULA QUARTA – DA INDENIZAÇÃO DAS BENFEITORIAS**;

CONSIDERANDO que o Laudo Técnico de Avaliação constante no Processo Administrativo nº [REDACTED] atualizado, consiste no valor de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] reais e [REDACTED] centavos), como a quantia a ser paga aos **COMPROMISSÁRIOS**, em substituição à entrega da casa popular inicialmente prevista no **Termo de Ajustamento Municipal [REDACTED]**;

CONSIDERANDO a contraproposta apresentada pelos **COMPROMISSÁRIOS** no montante de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais);





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CONSIDERANDO que o valor de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais), ofertado pelos **COMPROMISSÁRIOS**, revela-se compatível com o interesse público municipal, atendendo aos princípios da economicidade e da conveniência administrativa.

CONSIDERANDO o Decreto Municipal nº [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], publicado no Órgão Oficial do Município de Betim, no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], que declarou de necessidade pública, as benfeitorias do imóvel situado à Rua [REDACTED], [REDACTED], Bairro [REDACTED], neste [REDACTED];

CONSIDERANDO que, diante do contexto e da necessidade de revisão da forma de compensação, as partes acordam em alterar a modalidade de indenização, passando a ser paga em dinheiro o valor correspondente às benfeitorias no imóvel em questão, de acordo com o laudo técnico atualizado;

CONSIDERANDO que um contrato firmado entre partes, pode ser aditivado quando acontecer alguma alteração no seu objeto ou no seu corpo de obrigações, resultantes ou não de evento não previsto no ato de celebração;

CONSIDERANDO que no presente caso, as partes celebraram, em [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], o **1º aditivo ao Termo de Ajustamento Municipal – TAM nº [REDACTED]**, com o único intuito de estender os prazos originalmente estabelecidos, sem que houvesse alteração substancial nas demais condições ou no objeto do contrato;

Mediante o exposto acima, o **COMPROMITENTE** e os **COMPROMISSÁRIOS**, resolvem celebrar o presente o **2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM Nº [REDACTED]**, firmado no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], de acordo com as condições que seguem abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O objeto deste **ADITIVO** é a alteração da forma de indenização devida aos **COMPROMISSÁRIOS** pela desapropriação amigável das benfeitorias edificadas no





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

imóvel situado à Rua [REDACTED], [REDACTED], Bairro [REDACTED], [REDACTED], em virtude da celebração do **Termo de Ajustamento Municipal – TAM N° [REDACTED]**. A indenização será realizada por meio de transferência bancária no valor total de **R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais)**, conforme a contraproposta apresentada pelos **COMPROMISSÁRIOS**.

1.2 O valor referido na cláusula anterior será pago aos **COMPROMISSÁRIOS** em parcela única, a ser efetivada pelo **COMPROMITENTE**, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da publicação deste aditivo no Órgão Oficial de Betim/MG.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DAS CLÁUSULAS DO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM

2.1 Fica alterado os itens **2.1** e **2.2**, da **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA**, o item **3.1**, da **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE**, o item **4.1**, da **CLÁUSULA QUARTA – DA INDENIZAÇÃO DAS BENFEITORIAS**, os itens **5.1** e **5.1.1**, da **CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO PARA CUMPRIMENTO** e o item **8.1**, da **CLÁUSULA OITAVA – DA QUITAÇÃO**, passando a vigorar com a seguinte redação:

“2.1 Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam com a realização da desapropriação amigável das benfeitorias edificadas no imóvel situado na Rua [REDACTED], [REDACTED], Bairro [REDACTED], em [REDACTED], no valor de **R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais)**, para pagamento em até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da publicação deste aditivo no Órgão Oficial de Betim/MG.”

“2.2 O pagamento da indenização em dinheiro será realizado no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados da publicação deste Termo, mediante depósito bancário em conta indicada pelos **COMPROMISSÁRIOS**.”

“3.1 O **COMPROMITENTE** concorda com o pagamento de indenização em dinheiro aos **COMPROMISSÁRIOS**, em razão das benfeitorias edificadas no imóvel situado na





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Rua [REDACTED], [REDACTED], Bairro [REDACTED], em [REDACTED], as quais se encontram em área de alagamento."

"4.1 A indenização referente às benfeitorias edificadas no imóvel situado na Rua [REDACTED], [REDACTED], Bairro [REDACTED], em [REDACTED], será realizada mediante transferência bancária no valor de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais), a ser pago em 1 (uma) única parcela, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados da assinatura e publicação deste Termo, mediante transferência bancária na conta abaixo especificada:"

NOME	BANCO	AGÊNCIA	CONTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

"5.1 Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam com a imediata demolição das benfeitorias, a contar da publicação deste **TERMO**, declarando nada mais ter a reclamar a qualquer título, após o recebimento integral da indenização pactuada."

"5.1.1 Os **COMPROMISSÁRIOS** dão plena e geral quitação com o recebimento integral do valor da indenização, na forma prevista neste Termo."

"8.1 Realizado o pagamento integral da indenização, os **COMPROMISSÁRIOS** dão a quitação geral, de forma irrevogável e irrevogável, para nada mais reclamar, administrativa ou judicialmente, no que concerne às benfeitorias especificadas neste Termo, a qualquer título, transmitindo ao **COMPROMITENTE** o domínio, direitos, posse e ações que detiver sobre as respectivas benfeitorias."

2.2 Fica revogado o item 2.3, da **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA**, por não ser mais aplicável, em razão das modificações acordadas neste aditivo.





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialmoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ENCERRAMENTO DO AUXÍLIO HABITACIONAL E/OU ALUGUEL SOCIAL

3.1 Considerando a data da efetiva quitação integral da indenização, cessará de forma automática e definitiva qualquer direito dos beneficiários ao recebimento de auxílio habitacional ou aluguel social, seja a que título for, não podendo estes pleitear, requerer ou reivindicar, administrativa ou judicialmente, a concessão, manutenção ou restabelecimento de referido benefício.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS

4.1 Ficam ratificadas as demais cláusulas do **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]** que não conflitem com o presente aditivo celebrado entre o **COMPROMITENTE** e os **COMPROMISSÁRIOS**.

E, por estarem assim, justas e acordadas, assinam o presente **ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM**, em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, obrigando-se a fazê-lo, firme e valioso por si e seus eventuais sucessores.

Betim, [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED].

HERON DOMINGUES GUIMARÃES
PREFEITO

JOAB RIBEIRO COSTA
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

FLÁVIO [REDACTED]
COMPROMISSÁRIO

MARIA [REDACTED]
COMPROMISSÁRIA





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]/[REDACTED]

SEGUNDO ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO, O MUNICÍPIO DE BETIM, ATRAVÉS DA PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO, E DE OUTRO, JANILSON [REDACTED] E LUCINEIA [REDACTED].

Aos [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], compareceu, o Sr. **JANILSON [REDACTED]**, [REDACTED], CPF nº [REDACTED], e a Sra. **LUCINEIA [REDACTED]**, [REDACTED], CPF nº [REDACTED], ambos residentes na Rua [REDACTED], nº [REDACTED], Bairro [REDACTED], neste Município, doravante denominados **COMPROMISSÁRIOS**, à Procuradoria-Geral do Município, para celebrar o **2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL**, junto ao **MUNICÍPIO DE BETIM**, representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Heron Domingues Guimarães, e pelo Procurador-Geral do Município, Dr. Joab Ribeiro Costa, doravante denominado **COMPROMITENTE**.

CONSIDERANDO que os **COMPROMISSÁRIOS** realizaram o Termo de Ajustamento Municipal – TAM com o **COMPROMITENTE**, no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], no Processo Administrativo nº [REDACTED], para obter como forma de indenização 1 (uma) casa popular em construção no bairro [REDACTED], em [REDACTED], para entrega no prazo inicial de 12 (doze) meses, conforme item 4.1 da **CLÁUSULA QUARTA – DA INDENIZAÇÃO DAS BENFEITORIAS**;

CONSIDERANDO que o Laudo Técnico de Avaliação constante no Processo Administrativo nº [REDACTED] atualizado, consiste no valor de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] reais e [REDACTED] centavos), como a quantia a ser paga aos **COMPROMISSÁRIOS**, em substituição à entrega da casa popular inicialmente prevista no **Termo de Ajustamento Municipal** nº [REDACTED]/[REDACTED];

CONSIDERANDO a contraproposta apresentada pelos **COMPROMISSÁRIOS** no montante de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais);





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CONSIDERANDO que o valor de R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais), ofertado pelos **COMPROMISSÁRIOS**, revela-se compatível com o interesse público municipal, atendendo aos princípios da economicidade e da conveniência administrativa.

CONSIDERANDO o Decreto Municipal nº [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], publicado no Órgão Oficial do Município de Betim, no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], que declarou de necessidade pública, as benfeitorias do imóvel situado à Rua [REDACTED], nº [REDACTED], Bairro [REDACTED], neste Município;

CONSIDERANDO que, diante do contexto e da necessidade de revisão da forma de compensação, as partes acordam em alterar a modalidade de indenização, passando a ser paga em dinheiro o valor correspondente às benfeitorias no imóvel em questão, de acordo com o laudo técnico atualizado;

CONSIDERANDO que um contrato firmado entre partes, pode ser aditivado quando acontecer alguma alteração no seu objeto ou no seu corpo de obrigações, resultantes ou não de evento não previsto no ato de celebração;

CONSIDERANDO que no presente caso, as partes celebraram, em [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], o **1º aditivo ao Termo de Ajustamento Municipal – TAM nº [REDACTED]/[REDACTED]**, com o único intuito de estender os prazos originalmente estabelecidos, sem que houvesse alteração substancial nas demais condições ou no objeto do contrato;

Mediante o exposto acima, o **COMPROMITENTE** e os **COMPROMISSÁRIOS**, resolvem celebrar o presente **2º ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM Nº [REDACTED]/[REDACTED]**, firmado no dia [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED], de acordo com as condições que seguem abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

1.1 O objeto deste **ADITIVO** é a alteração da forma de indenização devida aos **COMPROMISSÁRIOS** pela desapropriação amigável das benfeitorias edificadas no imóvel situado à Rua [REDACTED], nº [REDACTED], Bairro [REDACTED], [REDACTED]/[REDACTED], em virtude da celebração do **Termo de Ajustamento Municipal – TAM Nº [REDACTED]/[REDACTED]**. A indenização será realizada por meio de transferência bancária no valor total de **R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais)**, conforme a contraproposta apresentada pelos **COMPROMISSÁRIOS**.

1.2 O valor referido na cláusula anterior será pago aos **COMPROMISSÁRIOS** em parcela única, a ser efetivada pelo **COMPROMITENTE**, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da publicação deste aditivo no Órgão Oficial de Betim/MG.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DAS CLÁUSULAS DO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM

2.1 Fica alterado os itens **2.1** e **2.2**, da **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA**, o item **3.1**, da **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO COMPROMITENTE**, o item **4.1**, da **CLÁUSULA QUARTA – DA INDENIZAÇÃO DAS BENFEITORIAS**, os itens **5.1** e **5.1.1**, da **CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO PARA CUMPRIMENTO** e o item **8.1**, da **CLÁUSULA OITAVA – DA QUITAÇÃO**, passando a vigorar com a seguinte redação:

“2.1 Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam com a realização da desapropriação amigável das benfeitorias edificadas no imóvel situado à Rua [REDACTED], nº [REDACTED], do Bairro [REDACTED], em [REDACTED]/[REDACTED], no valor de **R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais)**, para pagamento em até 45 (quarenta e cinco) dias a contar da publicação deste aditivo no Órgão Oficial de Betim/MG.”

“2.2 O pagamento da indenização em dinheiro será realizado no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados da publicação deste Termo, mediante depósito bancário em conta indicada pelos **COMPROMISSÁRIOS**.”





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

“**3.1** O **COMPROMITENTE** concorda com o pagamento de indenização em dinheiro aos **COMPROMISSÁRIOS**, em razão das benfeitorias edificadas no imóvel situado à Rua [REDACTED], nº [REDACTED], Bairro [REDACTED], em [REDACTED]/[REDACTED], as quais se encontram em área de alagamento.”

“**4.1** A indenização referente às benfeitorias edificadas no imóvel situado à Rua [REDACTED], nº [REDACTED], Bairro [REDACTED], em [REDACTED]/[REDACTED], será realizada mediante transferência bancária no valor de **R\$ [REDACTED] ([REDACTED] mil reais)**, a ser pago em 1 (uma) única parcela, no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados da assinatura e publicação deste Termo, mediante transferência bancária na conta abaixo especificada:”

NOME	BANCO	AGÊNCIA	CONTA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

“**5.1** Os **COMPROMISSÁRIOS** concordam com a imediata demolição das benfeitorias, a contar da publicação deste **TERMO**, declarando nada mais ter a reclamar a qualquer título, após o recebimento integral da indenização pactuada.”

“**5.1.1** Os **COMPROMISSÁRIOS** dão plena e geral quitação com o recebimento integral do valor da indenização, na forma prevista neste Termo.”

“**8.1** Realizado o pagamento integral da indenização, os **COMPROMISSÁRIOS** dão a quitação geral, de forma irrevogável e irretratável, para nada mais reclamar, administrativa ou judicialmente, no que concerne às benfeitorias especificadas neste Termo, a qualquer título, transmitindo ao **COMPROMITENTE** o domínio, direitos, posse e ações que detiver sobre as respectivas benfeitorias.”





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

2.2 Fica revogado o item **2.3**, da **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA COMPROMISSÁRIA**, por não ser mais aplicável, em razão das modificações acordadas neste aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ENCERRAMENTO DO AUXÍLIO HABITACIONAL E/OU ALUGUEL SOCIAL

3.1 Considerando a data da efetiva quitação integral da indenização, cessará de forma automática e definitiva qualquer direito dos beneficiários ao recebimento de auxílio habitacional ou aluguel social, seja a que título for, não podendo estes pleitear, requerer ou reivindicar, administrativa ou judicialmente, a concessão, manutenção ou restabelecimento de referido benefício.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS CLÁUSULAS

4.1 Ficam ratificadas as demais cláusulas do **TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL Nº [REDACTED]/[REDACTED]** que não conflitarem com o presente aditivo celebrado entre o **COMPROMITENTE** e os **COMPROMISSÁRIOS**.

E, por estarem assim, justas e acordadas, assinam o presente **ADITIVO AO TERMO DE AJUSTAMENTO MUNICIPAL – TAM**, em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, obrigando-se a fazê-lo, firme e valioso por si e seus eventuais sucessores.

Betim, [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED].

HERON DOMINGUES GUIMARÃES
PREFEITO





PROCURADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO

judicialimoveispgm@gmail.com

Telefone: (31) 3512-3352

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

JOAB RIBEIRO COSTA
PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO

JANILSON 
COMPROMISSÁRIO

LUCINEIA 
COMPROMISSÁRIA



SECRETARIA ADJUNTA DE RECEITAS

A íntegra da decisão e/ou despacho estará disponível no site a partir da publicação, no endereço eletrônico <https://betim.mg.gov.br>

, "Portal do Contribuinte", "Consulta Processo", devendo ser informado, no campo próprio, o número do processo e CPF/CNPJ. "Portal do Contribuinte", "Consulta Processo", devendo ser informado, no campo próprio, o número do processo e CPF/CNPJ. O prazo para a interposição de Recurso contra a decisão da 1ª Instância é de **30 (trinta) dias, contados a partir desta publicação**, conforme dispõe a Lei Municipal 3.322/2000.

Requerente: Mello Transportes Distribuição e Armazenagem LTDA
Processo Tributário Administrativo: 18.223/2025
Decisão: Extinto
Tributo: IPTU

Requerente: Luciana de Fátima Assis
Processo Tributário Administrativo: 31.054/2026
Decisão: Indeferido
Tributo: ITBI

Requerente: Antônio Bispo Valeriano
Processo Tributário Administrativo: 23.514/2025
Decisão: Indeferido
Tributo: IPTU

Requerente: Polieplastic Indústria e Comércio LTDA
Processo Tributário Administrativo: 60.674/2024
Decisão: Deferido
Tributo: IPTU

Requerente: Luciana Cassia da Silva
Processo Tributário Administrativo: 37.856/2026
Decisão: Deferido
Tributo: IPTU

Requerente: Luciana Cassia da Silva
Processo Tributário Administrativo: 37.861/2026
Decisão: Deferido
Tributo: IPTU

Betim/MG, 20 de Maio de 2026.

Pedro Henrique Silva Moraes
Secretário Adjunto de Receitas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Prefeitura Municipal de Betim

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS EXAMES ELETIVOS DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE

Betim

2026

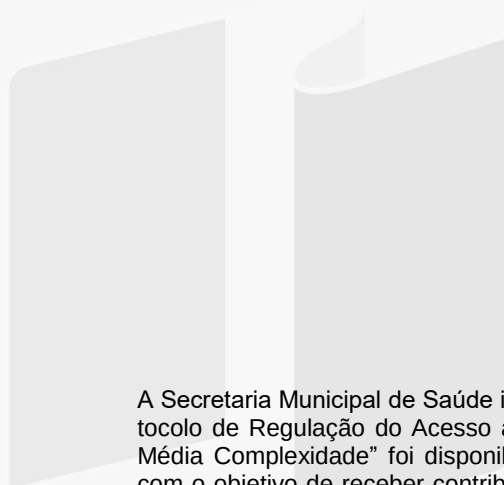


Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Prefeitura Municipal de Betim

Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO AOS EXAMES ELETIVOS DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE



A Secretaria Municipal de Saúde informa que o documento “Protocolo de Regulação do Acesso aos exames eletivos de Alta e Média Complexidade” foi disponibilizado para consulta pública, com o objetivo de receber contribuições da sociedade civil, profissionais da saúde, instituições e demais interessados.

Foi realizada a análise das contribuições recebidas, e elaborada a versão final do documento.

Betim

2026



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

PREFEITO DE BETIM

Heron Guimarães

VICE-PREFEITA DE BETIM

Cleusa Bernadeth Lara Corrêa

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Jaqueline Flaviana Santana

SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA DA SAÚDE

Valéria Infantini dos Santos

SECRETARIA ADJUNTA DE GESTÃO DA SAÚDE

Joanilson Santos Guimarães

DIRETOR IV DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Cristiano Aristides Reis Abreu

DIRETORA II DE AVALIAÇÃO E CONTROLE

Ana Luiza Gomes Silva de Almeida

ASSESSOR VI – CENTRAL DE EXAMES

Annalú de Melo Silva

GRUPO TÉCNICO – AUTORES

Marcus Vinícius da Luz – Médico Mastologista

Rafael da Silva Pereira - Médico da Família e Comunidade

GRUPO TÉCNICO –COLABORADORES

Camila Pereira Junqueira – Médica Ginecologista e Obstetra

Éder Tadeu C. Gabriel – Médico Cardiologista

GRUPO TÉCNICO - ORGANIZADORES

Ana Luiza Gomes Silva de Almeida

Annalú de Melo Silva

Cristiano Aristides Reis Abreu

Débora Soares Piotto Jardim

Ivonete Rosania Teixeira



SUMÁRIO

Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

1. APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO	10
2. DIRETORIA DE REGULAÇÃO E CONTROLE E AVALIAÇÃO	10
3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES	11
4. TELESSAÚDE	12
5. RELAÇÃO DE EXAMES ELETIVOS OFERTADOS NA REDE SUS BETIM.....	13
ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL	13
ANGIORRESSONÂNCIA DE VASOS CERVICAIS	13
ARTEREOGRAFIA/VENOGRAFIA	14
ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	14
ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	15
ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS.....	16
AORTOGRAFIA ABDOMINAL	17
AORTOGRAFIA TORÁCICA	18
ARTERIOGRAFIA CÉRVICO-TORÁCICA	19
ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	20
ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	21
ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILÍACA E DISTAL ...	22
ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	23
ARTERIOGRAFIA PARA INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	24
ARTERIOGRAFIA PÉLVICA	25
ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA	26
ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	27
ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL.....	28
AORTOGRAFIA.....	29
ARTERIOGRAFIA DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS.....	29
ARTERIOGRAFIA VISCERAL	30
ARTERIOGRAFIAS DE MEMBROS INFERIORES	31
VENOGRAFIAS ou FLEBOGRAFIA	32
ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL.....	33
ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	33
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	35
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	36
ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA	37
AUDIOMETRIA TONAL (VIA AÉREA /VIA ÓSSEA).....	38
BIÓPSIA DE PRÓSTATA	39
CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA	40

CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAFIA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	41
CINTILOGRAFIA DIGESTIVA.....	42
CINTILOGRAFIA ÓSSEA.....	43
CINTILOGRAFIA PULMONAR.....	44
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE	45
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES.....	46
CISTOSCOPIA	47
COLONOSCOPIA.....	47
COLANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (COLANGIORESSONÂNCIA).....	49
CORE BIOPSY (BIÓPSIA PERCUTÂNEA COM AGULHA GROSSA.....	50
DENSITOMETRIA ÓSSEA.....	51
DUPLEX SCAN (ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER)	52
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	53
ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE	54
ELETROENCEFALOGRAMA.....	55
ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG).....	57
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	58
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR.....	59
EMIÇÃO OTOACÚSTICA (EOA)	60
ESTUDO URODINÂMICO	61
EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE	62
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) -	62
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE TRÊS INCIDÊNCIAS) -	63
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP).....	63
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	64
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	65
RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) -	66
EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO	67
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLÍQUAS + HIRTZ)	67
RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP+ OBLÍQUAS)	68
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	68
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ).....	69
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	70
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	71
RADIOGRAFIA DE LARINGE	72
RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	73
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA).....	74
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	74

RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	75
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	76
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	77
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)	78
RADIOGRAFIA OCLUSAL	79
RADIOGRAFIA PANORÂMICA.....	79
RADIOGRAFIA PERIAPICAL.....	80
TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADOS E SEM TRAÇADOS	81
EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL	82
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	82
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO).....	83
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	85
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	86
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS).....	87
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	88
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL).....	89
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	90
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	91
RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	92
RADIOGRAFIA DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES	93
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	93
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA.....	94
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA.....	95
RADIOGRAFIA DE BACIA	97
RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	98
RADIOGRAFIA DE COXA.....	99
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	100
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	101
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS).....	102
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ	103
RADIOGRAFIA DE PERNA.....	104
RADIOGRAFIA DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES	105
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	105
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	106
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	107
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR.....	108
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	108
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA.....	110

RADIOGRAFIA DE COTOVELO	111
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	112
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	113
RADIOGRAFIA DE MÃO	114
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	115
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	115
EXAMES RADIOLÓGICOS DO TORAX E MEDIASTINO	116
RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA).	116
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL).....	117
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	118
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	119
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	120
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	120
RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO.....	121
RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA).....	121
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA).....	122
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	123
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT).....	124
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	125
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	126
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDIOLOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE).....	127
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES.....	128
FIBRONASO / VIDEOLARINGOSCOPIA	129
HOLTER 24 HORAS	130
IMPEDANCIOMETRIA/IMITANCIOMETRIA.....	131
LINFOCINTILOGRAFIA.....	132
LOGOaudiometria	133
MAMOGRAFIA	134
PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE AXILA E MAMA.....	134
PEATE – POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO / BERA -	135
PUNÇÃO ASPIRATIVA CERVICAL POR AGULHA FINA (PAAF)	137
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE POR AGULHA FINA (PAAF)	138
POLISSONOGRAMA	139
RADIOGRAFIA DO ESÔFAGO (REED)	140
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	141
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA	142
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA	143
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN INFERIOR / BACIA / PELVE.....	145

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	146
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDE/OUVIDO	147
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS INFERIORES	148
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS SUPERIORES	149
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	150
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	151
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO	153
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	154
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO (RM OUVIDO)	155
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX	156
TESTE ERGOMÉTRICO	157
TESTE VESTIBULAR	159
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	160
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL	161
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR	163
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORÁCICA	164
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE (TC FACE)	165
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES:	166
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	167
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)	169
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA	170
ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN)	171
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	174
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS	175
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OUVIDO (TC OUVIDO)	176
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	177
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN INFERIOR / PELVE / BACIA	179
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	180
ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX	182
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	183
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	185
ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES (joelho, mão, ombro, pé, punho e tornozelo)	186
ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	194
ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	195
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	196
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	197
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	199
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	200



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	202
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	203
ULTRASSONOGRRAFIA DE QUADRIL / PELVE / COXO-FEMURAL	204
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	206
ULTRASSONOGRRAFIA DE VEIA PORTA.....	207
ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL	209
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	210
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO.....	211
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PBF (Perfil Biofísico Fetal)	212
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR.....	213
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA	214
ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA MASCULINA (PRÓSTATA), VIA ABDOMINAL	215
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL.....	216
VIDEOLARINGOSCOPIA.....	218
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	220



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

1- APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Em conformidade com as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS), a Secretaria Municipal de Saúde de Betim elaborou o Protocolo para Regulação do Acesso aos Exames Eletivos, como ferramenta de orientação para os profissionais que atuam na Rede SUS Betim: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Atenção Especializada e Atenção Terciária, com descrição da oferta e critérios de solicitação de exames de apoio diagnóstico.

É uma estratégia da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, cujo objetivo é viabilizar a regulação dos exames eletivos de forma equânime, por ordem de prioridade (estratificação de risco) de cada usuário. Tornou-se produto de revisão e atualização, com base em evidências, construído em reuniões técnicas e discussão entre diversos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Este protocolo busca a integralidade e agilidade da atenção nos Serviços de Saúde de Betim, na qual a Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde, representam a porta de entrada preferencial do usuário, e coordenação do cuidado nos serviços de saúde.

Para a elaboração do protocolo foi considerada a Tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde).

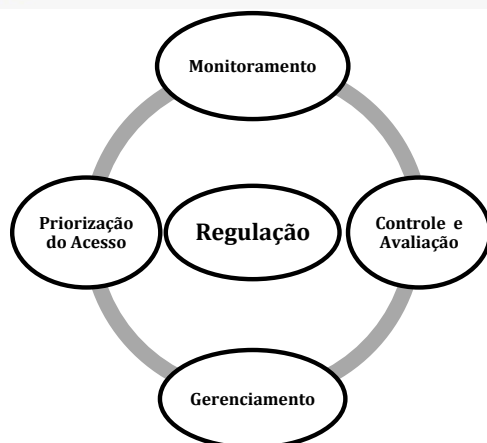
2. DIRETORIA DE REGULAÇÃO E CONTROLE E AVALIAÇÃO

A Política Nacional de Regulação (PNR) foi regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e um de seus princípios é a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial.

Apresenta como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.

Abrange a dimensão da regulação médica e multiprofissional, que exerce a autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização descrito na Figura 1.

Figura 1. Pilares da Regulação



3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES

A solicitação adequada aos requisitos mínimos é importante para se fazer a regulação do pedido de exame segundo os Critérios de Prioridade que se seguem:

A tabela a seguir exemplifica as classificações:

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
P0 (prioridade zero ou muito alto risco)	Necessidade de atendimento o mais rápido possível. Potencial evolução rápida da doença. Paciente com atividades diárias prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade, com risco de incurabilidade.
P1 (prioridade um ou alto risco)	O atendimento deve ser o mais rápido possível. Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor intensa, disfunção e/ou incapacidade. Mas não há progressão rápida da doença.
P2 (prioridade dois ou médio risco)	Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção e/ou incapacidade leves. Mas, não há progressão rápida da doença.
P3 (prioridade três ou baixo risco)	Não há prejuízo significativo para as atividades diárias por dor. Sem disfunção e/ou incapacidade. Não há progressão rápida da doença.

ATENÇÃO: casos clínicos que necessitem de propedêutica diagnóstica imediata devem seguir fluxo da urgência.

A responsabilidade de estratificação de risco é do profissional regulador, que realiza a visualização da demanda recebida, e conforme a justificativa clínica e conhecimento técnico-científico busca o acesso mais equânime, eficiente e integral do usuário. Os casos que não estejam bem elucidados, poderão ser devolvidos para as UAP'S a fim de realizar as devidas alterações, ou ser indeferidos.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

4. TELESSAÚDE

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS. Como componente da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

O objetivo deste projeto é a redução da fila expectante para consulta com especialista e exames e por consequência, a melhoria da qualidade do atendimento na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação que oferecem condições para promover a teleassistência e a tele-educação.

Assim, a Secretaria Municipal de Saúde preconiza que seja disponibilizado horário na agenda dos profissionais da Atenção Básica, para que o mesmo realize de forma programada as interconsultas com os especialistas do Telessaúde/Teleconsulta.

Referente às solicitações de exames, específicos por especialidades, ressaltamos que o clínico geral da UBS após contato com o especialista do Telessaúde, poderá emitir o pedido do exame, ao qual deverá ser descrito no MV a resposta da Teleconsultoria, com as devidas orientações, e encaminhada para DIREG.

5. RELAÇÃO DE EXAMES ELETIVOS OFERTADOS NA REDE SUS BETIM

ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL - exame de imagem não invasivo que utiliza ressonância magnética (RM) com contraste para visualizar os vasos sanguíneos intracranianos. Este procedimento oferece imagens detalhadas das artérias cerebrais, veias e seus ramos, permitindo a avaliação precisa da anatomia vascular e detecção de patologias como aneurismas, malformações arteriovenosas (MAVs), estenoses e oclusões.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL	
P0	• Suspeita de Aneurisma Cerebral Roto ou Não Roto (principalmente se houver sintomas sugestivos de hemorragia subaracnoide); • Avaliação de AVC Agudo ou Isquemia Transitória (AIT); • Suspeita de Trombose Venosa Cerebral (TVC); • Sintomas Neurológicos Focais de Início Recente; • Planejamento Pré-Cirúrgico/Intervencionista, que necessitam de intervenção cirúrgica imediata; • Monitoramento de Doenças Vasculares Progressivas (como vasculites ou dissecação arterial, com piora do quadro clínico); • Suspeita de Malformações Vasculares Cerebrais, com repercussões agudas.
P1	• Planejamento Pré-Cirúrgico/Intervencionista, que necessitam de intervenção cirúrgica eletiva; • Suspeita de Malformações Vasculares Cerebrais, com repercussões de longa data.
P2	• Monitoramento de condições cerebrovasculares crônicas.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Observação: anexar Doppler de carótidas e USG com Doppler (se houver). Exames para paciente com sinais de gravidade e urgência/emergência só serão autorizados se forem solicitados pela UPA ou serviço de urgência do Hospital.

ANGIORRESSONÂNCIA DE VASOS CERVICAIS – exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas dos vasos sanguíneos na região do pescoço, incluindo as artérias carótidas, vertebrais e outros vasos do sistema circulatório

cervical. Este exame permite avaliar a presença de alterações vasculares, como estenoses (estreitamento), aneurismas, dissecções e outras anomalias nos vasos sanguíneos, sem a necessidade de contraste iodado, sendo uma alternativa segura em casos específicos.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIORRESSONÂNCIA DE VASOS CERVICAIS	
P0	• Malformações vasculares em pacientes com sintomas clínicos e/ou antecedentes de trauma na região cervical; • Suspeita de estenose ou obstrução das artérias carótidas em pacientes com risco para acidente vascular cerebral (AVC); • Sintomas neurológicos inexplicáveis, como AIT (acidente isquêmico transitório), AVC isquêmico ou hemorrágico de causa não diagnosticada, com possível origem vascular; • Dissecção arterial com risco de formação de trombos ou eventos embólicos; • Aneurismas cervicais ou suspeita de dilatação anormal dos vasos.
P1	• Avaliação pré-operatória em casos de cirurgia de cabeça e pescoço ou em pacientes com condições vasculares conhecidas; • Avaliação pós-operatória em casos de intervenção nas artérias carótidas ou outras artérias cervicais.
P2	• Monitoramento de pacientes com doenças vasculares hereditárias, ou histórico familiar de dissecção ou aneurismas assintomáticos.

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Cardiologistas, Angiologistas, Clínicos gerais.

ARTEREOGRAFIA/VENOGRAFIA – exame radiológico baseado na injeção de contraste radiopaco que possibilita a visualização direta de uma artéria e seus ramos, bem como o estudo das eventuais anomalias da área que irriga.

ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS) - exame envolve o estudo das artérias carótidas (internas e externas, direita e esquerda) e artérias vertebrais, totalizando os quatro acessos vasculares principais que irrigam o cérebro.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.001-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Angiografia cerebral (4 vasos)

P0	• Suspeita ou Confirmação de Aneurisma Cerebral, principalmente em casos de suspeita de aneurismas rotos; • Fístulas Duraís; • Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico agudos; • Estenoses Arteriais: Para avaliar o grau de estreitamento das artérias carótidas ou vertebrais, quando o tratamento (angioplastia com stent ou endarterectomia) é considerado; • Vasculites Cerebrais e Dissecções Arteriais: Para confirmar o diagnóstico e avaliar a extensão do envolvimento dos vasos; • Tumores Hipervascularizados; • Diagnóstico de Morte Encefálica.
P1	• Avaliação anatômica e dinâmica de malformações arteriovenosas (MAVs); • Investigação de estenose (estreitamento) de carótida ou outras artérias cerebrais quando os exames iniciais não são conclusivos; • Planejamento pré-operatório de tumores hipervascularizados, para possível embolização antes da cirurgia; • Esclarecimento de diagnósticos incertos de vasculites cerebrais ou dissecções arteriais.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para Solicitar o Exame:

Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Avaliação prévia da função renal para garantir segurança durante o uso de contraste.

ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO - exame de imagem que usa contraste e raios-X (ou ressonância/tomografia) para visualizar detalhadamente o arco da aorta e seus principais ramos (carótidas, vertebrais, etc.).

- Código SIA/SUS: 02.10.01.002-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Angiografia de arco aórtico

P0	• Dissecção Aórtica Aguda; • Ruptura Aórtica Suspeita: Em casos de trauma ou suspeita de ruptura de um aneurisma, onde há risco iminente de hemorragia fatal. • Suspeita de Obstrução Aguda dos Ramos do Arco Aórtico: Quando há sintomas de isquemia cerebral aguda (AVC) ou isquemia de membros superiores decorrente de um problema no arco aórtico, necessitando de intervenção imediata; • Tamponamento Cardíaco Associado: Complicação grave de uma dissecção aórtica que requer avaliação e tratamento urgentes.
P1	• Aneurismas Estáveis; • Doença Obstrutiva Crônica (Aterosclerose): Investigação de doença obstrutiva cerebrovascular em pacientes sintomáticos, quando exames não invasivos (como o Ecodoppler) foram inconclusivos ou divergentes; • Malformações Congênitas: Avaliação pré e pós-operatória de certas cardiopatias congênitas, como a coarctação da aorta. • Planeamento de Tratamento Endovascular: Avaliação detalhada da anatomia vascular para o planeamento de procedimentos endovasculares de aneurismas ou malformações.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame:

Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Avaliação prévia da função renal para garantir segurança durante o uso de contraste.

ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO E TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS - exame de imagem avançado (geralmente uma Angiotomografia ou Angiorressonância) que usa contraste e tecnologia de tomografia/ressonância para visualizar detalhadamente a Aorta e seus ramos principais (Troncos Supra-aórticos: carótidas e vertebrais), identificando problemas como aneurismas, estenoses (estreitamentos) e dissecções ou trombos.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.003-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Angiografia de arco aórtico e troncos supra-aórticos

P0	• Suspeita de Dissecção da Aorta; • Isquemia Cerebral Aguda (AVC isquêmico) aguda; • Aneurismas Sintomáticos ou com Risco de Ruptura: Aneurismas do arco aórtico ou dos troncos supra-aórticos que apresentam sintomas (como dor torácica, disfagia, rouquidão) ou que, pelo seu tamanho, têm alto risco de ruptura iminente; • Lesões arteriais traumáticas que necessitam de avaliação urgente para planejamento de tratamento endovascular ou cirúrgico; • Sintomas Neurológicos Transitórios (AIT) de repetição, que indicam alto risco de AVC iminente devido a estenoses significativas nas artérias carótidas ou vertebrais; • Avaliação Pré-operatória de Urgência.
P1	• Investigação de sopros cervicais ou sintomas neurológicos inespecíficos; • Avaliação de estenoses arteriais carotídeas assintomáticas ou com sintomas estáveis; • Acompanhamento de aneurismas de pequeno tamanho e estáveis.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Avaliação prévia da função renal, se possível, para garantir segurança durante o uso de contraste.

AORTOGRAFIA ABDOMINAL - exame de imagem invasivo que usa contraste e Raios-X para visualizar a artéria aorta e seus ramos na região da barriga, identificando problemas como aneurismas, obstruções ou dilatações, através da injeção de um corante em um cateter posicionado na artéria, revelando o fluxo sanguíneo. Embora tenha sido largamente substituída por exames menos invasivos.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.004-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Aortografia abdominal

P0	• Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA) Roto ou com Risco Iminente de Ruptura; • Sangramento Ativo e Hemorragia Intensa: Em casos de trauma abdominal grave ou sangramento gastrointestinal que não pode ser controlado por métodos menos invasivos; • Isquemia Mesentérica Aguda; • Dissecção da Aorta Abdominal; • Estenose de Artéria Renal Grave: Pacientes com hipertensão renovascular não controlada por medicação ou deterioração da função renal devido a estreitamento das artérias renais; • Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) Limitante: Obstruções que causam dor ao repouso (claudicação intermitente grave) ou úlceras tróficas, necessitando de angioplastia ou cirurgia; • Oclusão Arterial Aguda dos Membros Inferiores súbita da aorta terminal ou das artérias ilíacas, resultando em isquemia grave dos membros inferiores.
P1	• Aneurismas Sintomáticos (mas não rotos) ou de Grande Tamanho: Aneurismas que atingiram um limiar de tamanho que justifica o reparo profilático, conforme diretrizes clínicas, têm alta prioridade no agendamento.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

AORTOGRAFIA TORÁCICA - exame de imagem que usa contraste e raios-X (ou métodos modernos como Angiotomografia/Angiorressonância) para visualizar a aorta no tórax, diagnosticando problemas como aneurismas, dissecções, estenoses (estreitamentos) e obstruções, sendo fundamental para planejar tratamentos de doenças vasculares.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.005-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Aortografia torácica	
P0	• Dissecção da Aorta;

	• Aneurisma da Aorta Torácica Roto ou com Alto Risco de Rotura; • Lesão Aórtica Traumática: Em casos de trauma fechado de tórax com suspeita de lesão aórtica; • Outras Causas de Dor Torácica Aguda Grave para afastar diagnósticos como síndrome coronariana aguda (infarto) e embolia pulmonar.
P1	• Aneurismas não rotos: Especialmente para acompanhamento e decisão sobre o momento ideal da intervenção (cirúrgica ou endovascular); • Malformações arteriais; • Aterosclerose e estenoses (estreitamento) arteriais; • Planejamento de procedimentos cirúrgicos ou endovasculares.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame:

Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA CÉRVICO-TORÁCICA - é um exame de imagem minimamente invasivo que permite a visualização detalhada das artérias nas regiões do pescoço (cervical) e tórax (torácica) utilizado para diagnosticar e avaliar doenças vasculares que afetam essas áreas.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.006-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia cérvico-torácica	
P0	• Suspeita de lesão aórtica aguda em casos de trauma fechado de tórax; • Síndromes coronarianas agudas (infarto agudo do miocárdio); • Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo; • Aneurismas com suspeita de ruptura ou de alto risco; • Fístulas: A avaliação detalhada destas condições pode ser urgente, especialmente se apresentarem sintomas neurológicos agudos ou risco de sangramento.
P1	• Suspeita de doença arterial coronariana estável; • Aneurismas não rotos: Investigação detalhada de aneurismas cerebrais ou da aorta

torácica, quando o planejamento de um tratamento (embolização ou cirurgia) é necessário, mas a ruptura não é iminente;

- Estenose de carótida: Avaliação do grau de estreitamento das artérias carótidas (no pescoço) em pacientes com sintomas neurológicos prévios (como um AVC isquêmico anterior) ou assintomáticos, para determinar a melhor estratégia de prevenção de AVC futuro.
- Malformações vasculares;
- Doença arterial obstrutiva crônica: Avaliação de obstruções nos vasos que irrigam o cérebro, pescoço ou membros superiores, que causam sintomas limitantes, mas não representam uma ameaça imediata à vida ou a um membro.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Nefrologista, Clínicos Gerais em casos de suspeita de condições vasculares intracranianas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame:

Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO - exame de imagem minimamente invasivo que estuda as artérias de um braço ou perna, injetando um contraste e usando raios-X para detectar problemas como obstruções, aneurismas, trombozes ou má circulação, sendo crucial para planejar tratamentos vasculares, como angioplastias, e é realizada em um setor de hemodinâmica com cateterismo.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.007-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia de membro	
P0	• Isquemia aguda do membro; • Trombose arterial aguda; • Trauma vascular com suspeita de lesão artéria.
P1	• Sintomas de Isquemia Crítica: Pacientes com dor em repouso no membro afetado ou presença de úlceras/feridas que não cicatrizam (isquemia crítica de membro); • Claudicação Limitante: Indivíduos cuja qualidade de vida é significativamente afetada pela dor ao caminhar curtas distâncias (claudicação intermitente grave) e que não respondem ao tratamento clínico inicial (como medicamentos e exercícios).

- Suspeita de Aneurisma ou Malformação Vascular: Para avaliar a localização, tamanho e complexidade de aneurismas ou malformações que podem necessitar de reparo para prevenir ruptura ou outras complicações.
- Planejamento Pré-Operatório.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)- exame de imagem minimamente invasivo que usa contraste e Raios-X (ou tomografia) para mapear e diagnosticar problemas em artérias e veias, como obstruções (aterosclerose), aneurismas, ou malformações, injetando o contraste em uma veia para que ele percorra o sistema circulatório, sendo visualizado digitalmente para estudo detalhado do fluxo sanguíneo e identificação de anormalidades.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.008-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia digital (por via venosa)	
P0	• Avaliação Pós-Infarto Agudo do Miocárdio: Para identificar pacientes de alto risco com função ventricular esquerda (FE) abaixo de 35%; • Diagnóstico de Aneurismas Pós-Infarto e Trombos cardíacos; • Avaliação Pré e Pós-Operatória de Cardiopatias Congênitas; • Investigação de Obstruções Vasculares Críticas; • Planejamento de Intervenções: A angiografia fornece um "mapa" detalhado dos vasos, essencial para o planejamento de cirurgias ou procedimentos endovasculares (como a colocação de stent ou embolização), o que acelera o processo terapêutico. • Suspeita de Fístulas ou Malformações Vasculares;
P1	• Avaliação funcional cardíaca após um infarto; • Diagnóstico de aneurismas pós-infarto e função do ventrículo esquerdo (VE); • Detecção de massas cardíacas; • Reavaliação pós-operatória de cardiopatias congênitas complexas;

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-Requisitos para Solicitar o Exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILÍACA E DISTAL - exame de imagem minimamente invasivo que usa contraste e raios-X para "filmar" a aorta e as artérias ilíacas, detectando placas de gordura (aterosclerose) que causam entupimentos ou estreitamentos (estenoses) nesses vasos, sendo crucial para planejar tratamentos como angioplastias ou cirurgias.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.009-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia p/ investigação de doença arteriosclerótica aórtico-ilíaca e distal	
P0	• Dor isquêmica de repouso: Dor persistente nos membros inferiores, que piora quando o paciente está deitado e melhora minimamente ao pendurar a perna para fora da cama; • Úlceras ou lesões tróficas (feridas) que não cicatrizam devido à falta de fluxo sanguíneo adequado; • Gangrena;
P1	• Claudicação intermitente incapacitante; • Falha do tratamento conservador: A arteriografia para claudicação é geralmente indicada apenas após um período (normalmente 3 meses) de tratamento clínico otimizado, que inclui cessação do tabagismo, controle rigoroso de diabetes e hipertensão, manejo do colesterol e um programa de treino de marcha supervisionado, sem melhora significativa dos sintomas; • Avaliação pré-operatória: Quando outros exames não invasivos (como ultrassonografia vascular com Doppler ou angiotomografia) deixam dúvidas, ou quando se planeja uma intervenção específica (cirurgia ou angioplastia) e é necessário um "mapa" detalhado e preciso das lesões arteriais para guiar o procedimento.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL - é um exame de imagem avançado que usa um contraste e Raios-X para mapear detalhadamente os vasos sanguíneos do cérebro, identificando a causa da hemorragia, como aneurismas, malformações arteriovenosas (MAVs) ou fístulas, funcionando como padrão-ouro para diagnósticos vasculares complexos e guiando tratamentos.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.010-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia p/ investigação de hemorragia cerebral	
P0	• Hemorragia Subaracnóidea (HSA): Esta é a indicação mais comum para uma investigação vascular prioritária. Após a confirmação da HSA por tomografia (TC) do crânio, a arteriografia é frequentemente realizada para identificar a fonte do sangramento, que na maioria das vezes é um aneurisma rompido. • Resultados Inconclusivos em Exames Não Invasivos: Se a ATC ou ARM inicial não identificar claramente a causa da hemorragia (como aneurismas muito pequenos, fístulas ou malformações complexas), a arteriografia é o próximo passo prioritário para obter um diagnóstico definitivo. • Suspeita de Malformação Arteriovenosa (MAV) ou Fístula Dural: Devido à sua capacidade de avaliar o fluxo sanguíneo em tempo real e fornecer detalhes anatômicos dinâmicos, a arteriografia é crucial para o planejamento do tratamento dessas malformações vasculares. • Planejamento de Tratamento Endovascular: Em casos onde a fonte da hemorragia é identificada e o tratamento minimamente invasivo (embolização, clipagem endovascular) é planejado, a arteriografia é essencial para mapear a anatomia vascular em detalhes antes do procedimento. • Suspeita de Vasculite ou Dissecção Arterial: A arteriografia pode ser necessária para confirmar esses diagnósticos, que podem ser causas raras de hemorragia cerebral.
P1	• Ausência de Necessidade de Intervenção de Emergência: A hemorragia inicial já foi controlada ou estabilizada por outros meios (como controle da pressão arterial e medidas de suporte), e a fonte do sangramento não representa um risco iminente de ressangramento fatal. • Resultados de Exames Não-Invasivos Prévios: Frequentemente, a angiotomografia (angio-TC) ou angioressonância (angio-RM) são realizadas primeiro por serem menos invasivas. Se esses exames não forem conclusivos, a arteriografia cerebral é agendada de forma eletiva para um diagnóstico mais detalhado. • Planejamento de Tratamento Futuro: A arteriografia pode ser realizada eletivamente

para um planejamento pré-operatório detalhado de um aneurisma ou malformação vascular já identificado, mas que não está em fase aguda de ruptura.

- Condições Específicas do Caso: Em alguns casos, a causa da hemorragia pode não ser imediatamente clara (ex: hemorragia intraparenquimatosa sem causa vascular evidente em exames iniciais), e a investigação adicional é planejada eletivamente.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA PARA INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL - exame invasivo que usa Raio X e contraste injetado para mapear detalhadamente as artérias do cérebro, identificando bloqueios (estenoses), aneurismas, ou malformações que causam o fluxo sanguíneo reduzido (isquemia) e podem levar a um AVC, sendo o "padrão ouro" para diagnosticar essas condições vasculares complexas.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.011-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia para investigação de isquemia cerebral

P0

- Oclusão de Grandes Vasos (OGV);
- Planejamento de Tratamento Endovascular: Se o paciente preenche os critérios para trombectomia mecânica (geralmente dentro de 6 horas do início dos sintomas, ou em janelas estendidas dependendo de critérios de imagem de perfusão), a arteriografia é realizada imediatamente antes ou durante o procedimento;
- Resultados Inconclusivos em Exames Não Invasivos: Se a angiotomografia ou angiorressonância não fornecerem detalhes suficientes sobre a anatomia vascular ou a natureza exata da oclusão/estenose;
- Investigação de Causa Específica: Em alguns casos, após a fase aguda, para investigar a causa subjacente da isquemia, como aneurismas intracranianos, malformações arteriovenosas ou dissecção arterial, a angiografia cerebral diagnóstica é considerada o padrão ouro devido à sua alta resolução e capacidade de avaliar o fluxo sanguíneo em tempo real.

P1	- Investigação de AITs (Acidentes Isquêmicos Transitórios) com recuperação completa: Pacientes que tiveram recuperação total, geralmente em menos de 1 hora, mas que ainda apresentam alto risco de um AVC futuro, necessitam de investigação detalhada para identificar a causa subjacente (como estenose carotídea significativa); - Isquemia Crônica/Sintomas Antigos: Quando os sintomas de AVC ocorreram há mais de um mês, a investigação é considerada crônica e eletiva; - Resultados Inconclusivos em Exames Não Invasivos: Se a angiotomografia (CTA) ou angiorressonância (MRA) não fornecerem detalhes suficientes sobre a anatomia vascular ou oclusões, a arteriografia (padrão ouro) é indicada de forma eletiva para confirmar as alterações; - Planejamento Pré-operatório: A arteriografia é essencial para o planejamento detalhado de intervenções futuras, como cirurgias de revascularização ou colocação de stents, o que a torna um procedimento prioritário para a definição da conduta; - Avaliação de Vasculites ou Dissecções Arteriais; - Monitoramento de Aneurismas Não Rotos.
-----------	--

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA PÉLVICA - exame de imagem que estuda as artérias da pelve (bacia), utilizando um cateter e contraste para visualizar bloqueios, aneurismas ou outras anormalidades vasculares, essencial para diagnosticar problemas nos órgãos reprodutores (útero, próstata), bexiga, intestino e vasos sanguíneos na região, para planejamento de tratamentos minimamente invasivos ou cirúrgicos.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.012-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia pélvica	
P0	- Hemorragia Pélvica Incontrolável; - Instabilidade Hemodinâmica devido à perda de sangue interna na região pélvica; - Suspeita de Lesão Vascular Grave: Suspeita de aneurismas rotos ou lesões vasculares graves que coloquem a vida do paciente em risco iminente.

P1	• Doença Vascular Periférica: Avaliação de aterosclerose, estenoses (estreitamentos) ou oclusões (bloqueios) das artérias da pelve e membros inferiores; • Aneurismas: Diagnóstico e planejamento do tratamento de aneurismas arteriais na região pélvica ou aorta abdominal inferior; • Malformações Vasculares: Identificação de malformações arteriovenosas (MAVs); • Síndrome de Congestão Pélvica: Em mulheres com dor pélvica crônica, pode ser indicada para confirmar e tratar varizes pélvicas (embolização); • Avaliação Pré-cirúrgica: Para mapear a vascularização de tumores (como tumores renais ou uterinos) antes de uma cirurgia, o que pode incluir a embolização pré-operatória para reduzir o sangramento.
----	--

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais ou Ginecologistas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA - exame de imagem minimamente invasivo que usa raios-X e contraste para visualizar as artérias carótidas (no pescoço, que levam sangue ao cérebro), identificando bloqueios, estreitamentos (estenoses) ou dilatações, sendo crucial para diagnosticar doenças da artéria carótida e avaliar risco de AVC (Acidente Vascular Cerebral).

- Código SIA/SUS: 02.10.01.013-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia seletiva de carótida	
P0	• Sintomas Neurológicos Recentes: Pacientes que tiveram um ataque isquêmico transitório (AIT) nos últimos 15 dias (sintomas hemisféricos como fraqueza súbita, dificuldade de fala, perda de visão temporária, etc.) têm alta prioridade para investigação e tratamento, o que pode incluir a arteriografia diagnóstica; • Estenose Severa com Sintomas: Pacientes sintomáticos que já apresentaram AVC ou AIT e que, em exames prévios (como Doppler), mostram um estreitamento significativo da artéria carótida (geralmente estenose superior a 50%); • Discordância de Exames; • Planejamento de Intervenção Terapêutica; • Suspeita de Lesões Específicas: Aneurismas carotídeos, malformações vasculares ou outras anomalias que necessitam de visualização detalhada em tempo real.

P1	• Achados Inconclusivos em Exames Não Invasivos: Se exames iniciais, como o ultrassom Doppler, a angiotomografia (ATC) ou a angioressonância (ARM), não fornecerem informações claras sobre a anatomia ou o grau exato de estenose, a arteriografia seletiva pode ser necessária para um diagnóstico definitivo; • Planejamento de Intervenção: A arteriografia é frequentemente realizada como parte do planejamento pré-operatório para procedimentos como angioplastia com stent ou cirurgia de revascularização carotídea; • Fatores de Risco Elevados: Embora não sejam a indicação primária para a arteriografia em si, a presença de múltiplos fatores de risco (como hipertensão, diabetes, tabagismo, colesterol alto e histórico familiar de doenças vasculares) eleva a prevalência de doença carotídea e pode influenciar a priorização do paciente na fila de exames, caso haja suspeita de doença grave.
-----------	--

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO) - é um exame de imagem minimamente invasivo que usa um cateter (tubo fino) inserido numa artéria (geralmente na virilha ou braço) e guiado até um vaso específico, onde um contraste é injetado para revelar por Raio X estreitamentos, bloqueios, aneurismas ou outras anomalias, sendo crucial para diagnóstico e planejamento de tratamentos vasculares.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.014-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia seletiva por cateter (por vaso)	
P0	• Suspeita de Embolia; • Trombose Arterial Aguda; • Aneurismas Rotos; • Lesões Traumáticas com Sangramento Ativo; • Infarto Agudo do Miocárdio.
P1	• Diagnóstico de Doença Arterial Obstrutiva Crônica; • Avaliação de Aneurismas Não Rotos;

- Planejamento de Intervenções: Uso do exame para mapear a anatomia vascular antes de procedimentos cirúrgicos ou endovasculares, como angioplastias ou colocação de stents.
- Malformações Vasculares: Investigação de formações anormais nos vasos sanguíneos.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL - é um exame de imagem minimamente invasivo que usa contraste e raios-X para mapear detalhadamente as artérias vertebrais (que nutrem o cérebro e a medula espinhal), identificando problemas como estenoses (estreitamentos), aneurismas ou dissecções, através da inserção de um cateter guiado até essas artérias. O termo "seletiva" indica que o cateter é direcionado especificamente para o vaso vertebral, e não para um vaso maior, permitindo um estudo mais focado da circulação nessa região.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.015-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia seletiva vertebral	
P0	• Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo; • Hemorragia ativa; • Suspeita de aneurisma roto; • Traumatismo vascular: Em situações de trauma que possam ter lesionado as artérias vertebrais, causando dissecção ou fístulas; • Trombose aguda.
P1	• Diagnóstico e avaliação de aneurismas não rotos; • Avaliação de malformações vasculares (como malformações arteriovenosas); • Identificação de estenoses (estreitamentos) ou oclusões ateroscleróticas das artérias vertebrais; • Planejamento de intervenções cirúrgicas ou endovasculares futuras.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

AORTOGRAFIA - exame de imagem invasivo que usa contraste e cateter para visualizar a aorta (a maior artéria do corpo) e seus ramos, diagnosticando problemas como aneurismas, obstruções ou malformações, mas tem sido substituída por métodos menos invasivos como angiotomografia (ATC) e angiorressonância (ARM), embora ainda possa ser usada para guiar procedimentos terapêuticos.

- Código SIA/SUS: Aortografia Abdominal: Código 02.10.01.004-5
Aortografia Torácica: Código 02.10.01.005-3
Angiografia de Arco Aórtico: Código 02.10.01.002-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Aortografia	
P0	• Casos de urgência/emergência, em situações agudas como traumas, embolias ou hemorragias ativas; • Dissecção da aorta; • Malformações (torácica, abdominal ou ambas), com sintomatologia; • Avaliação pré e pós operatória de aneurismas e tumores neoplásicos; • Propedêutica de vasculites sistêmicas; • Obstruções e estreitamentos por aterosclerose com repercussões clínicas; • Portadores de Doença Arterial Obstrutiva Periférica; • Suspeita de lesão vascular no trauma; • Malformações vasculares.
P1	• Obstruções e estreitamentos por aterosclerose sem repercussões clínicas;

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Clínicos Gerais, Neurologista.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS - é um exame invasivo que usa contraste e Raio X (ou outros métodos) para visualizar as grandes artérias que saem da aorta (troncos supra-



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

aórticos), como as carótidas e vertebrais, investigando estenoses (estreitamentos), aneurismas, trombos e outras doenças vasculares, auxiliando no planejamento de tratamentos para prevenir AVCs e outras complicações.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.003-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia dos troncos supra-aórticos	
P0	• Propedêutica Acidente Vascular Encefálico (AVE) Isquêmico agudo; • Pré e pós operatório de lesões agudas, congênitas ou crônicas, com sintomatologia; • Síndrome do roubo da subclávia; • Isquemia cerebral transitória de alto risco; • Dissecção da aorta ou dos vasos cervicais; • Sinais e sintomas de trauma vascular maior (sangramento pulsátil, hematoma em expansão, ausência de pulso distal, dor intensa ou parestesia (dormência/formigamento) após um trauma penetrante ou contuso na região do pescoço ou tórax).
P1	• Estenose carotídea assintomática significativa: Identificada em exames de rastreamento (geralmente Doppler), para avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica ou endovascular preventiva; • Sintomas neurológicos recorrentes/crônicos: Tonturas, síncope (desmaios) ou outros sintomas que sugerem insuficiência vertebrobasilar, onde a causa não foi totalmente elucidada por outros métodos; • Planejamento pré-operatório; • Acompanhamento de doenças vasculares conhecidas: Monitoramento da progressão de aneurismas ou malformações vasculares.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Nefrologista, Clínicos Gerais, Neurologista.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIA VISCERAL - é um exame de diagnóstico por imagem, minimamente invasivo, que permite a visualização detalhada das artérias que irrigam os órgãos abdominais (vísceras), como o fígado, baço, rins e intestinos.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.008-8 (Similar)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografia visceral	
P0	• Propedêutica de sangramentos e no planejamento de embolização terapêutica; • Isquemia mesentérica; • Estudo de malformações e tumores; • Hemorragia Ativa e Instabilidade Hemodinâmica; • Insuficiência de Exames Menos Invasivos; • Necessidade de Intervenção Terapêutica Imediata; • Suspeita de Obstrução Vascular Aguda (Trombose/Embolia).
P1	• Hipertensão arterial renovascular; • Mapeamento vascular pré-operatório de tumores ou para guiar a colocação de medicamentos.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Nefrologista, Clínicos Gerais, Neurologista.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

ARTERIOGRAFIAS DE MEMBROS INFERIORES - exame de imagem minimamente invasivo que usa contraste e Raios-X para visualizar as artérias das pernas, identificando obstruções (como por aterosclerose), estreitamentos, aneurismas ou outras anormalidades no fluxo sanguíneo, sendo crucial para diagnosticar problemas como dor ao caminhar (claudicação) e planejar tratamentos como angioplastia ou cirurgia vascular, com um cateter inserido geralmente na virilha para guiar o contraste até as artérias.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.007-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Arteriografias de membros inferiores	
P0	• Avaliação de tumores e malformações; • Trauma vascular de moderado a grave; • Propedêutica de tromboembolismo agudo; • Isquemia Crítica de Membro Inferior; • Avaliação Pré-operatória Imediata.
P1	• Avaliação malformações sem repercussões clínicas;

- Claudicação Intermitente;
- Aneurismas: Suspeita ou acompanhamento de dilatações anormais nas paredes das artérias.
- Dúvida Diagnóstica: Quando outros exames menos invasivos, como o ultrassom Doppler colorido, não fornecem informações suficientes para o planejamento do tratamento.

Profissionais solicitantes: Angiologista, Cardiologista, Cirurgião (cardíaco, torácico, vascular, pediátrico), Ortopedista, Nefrologista, Clínicos Gerais, Neurologista.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

VENOGRAFIAS ou FLEBOGRAFIA- corresponde a um procedimento médico de diagnóstico por imagem que utiliza Raios X e um corante especial (contraste) para visualizar o fluxo sanguíneo nas veias, geralmente nas pernas ou braços, e identificar possíveis problemas, como coágulos sanguíneos (trombose venosa profunda) ou veias bloqueadas.

- Código SIA/SUS: 02.10.01.007-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Venografias	
P0	• Planejamento e controle de procedimentos endovasculares; • Malformações venosas com repercussões clínicas.
P1	• Tromboembolismo de repetição. • Coleta seletiva de sangue venoso; • Malformações venosas.

Profissionais Solicitantes: Cardiologista, Cirurgião cardiovascular, Clínicos Gerais, Nefrologista, Reumatologista, Neurologista.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Avaliação clínica completa, incluindo histórico detalhado de sintomas neurológicos e condições médicas preexistentes. Resultados de exames de imagem prévios, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Avaliação prévia da função renal para garantir segurança durante o uso de contraste.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL - exame de imagem que combina tomografia computadorizada com uso de contraste para visualização detalhada dos vasos sanguíneos abdominais.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	
P0	• Suspeita de aneurisma da aorta abdominal (AAA) roto ou com risco de ruptura; • Estudo de vasos sanguíneos em pacientes com suspeita de embolia ou trombose; • Sangramento gastrointestinal (GI) ativo grave; • Isquemia mesentérica aguda; • Dissecção da aorta abdominal: Separação das camadas da parede da aorta, causando dor súbita e intensa e risco de complicações graves; • Investigação de malformações vasculares abdominais sintomáticas; • Monitoramento de anastomoses vasculares pós-cirúrgicas; • Investigação de sangramentos abdominais de origem vascular. • Trauma abdominal vascular.
P1	• Avaliação de estenoses (estreitamentos) ou oclusões arteriais abdominais crônicas; • Planejamento pré-operatório de cirurgias vasculares ou oncológicas para cirurgias eletivas; • Monitoramento de aneurismas abdominais já diagnosticados e estáveis; • Investigação de malformações vasculares abdominais assintomáticas; • Triagem de patologias vasculares em pacientes com sintomas abdominais específicos; • Acompanhamento de doenças vasculares sistêmicas; • Avaliação de malformações vasculares.

Profissionais solicitantes: Radiologistas intervencionistas, cirurgiões vasculares, cardiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas vasculares abdominais específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia ou angiografia. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS - exame de imagem não invasivo que utiliza tomografia computadorizada (TC) com contraste para visualizar as artérias carótidas e suas bifurcações. Este

procedimento fornece imagens detalhadas do fluxo sanguíneo nas artérias cervicais, permitindo a avaliação precisa de placas ateroscleróticas, estenoses e outras anormalidades vasculares.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	
P0	• Rastreamento de placas ateroscleróticas nas artérias carótidas com sintomatologia associada (síncope quando descartado outras causas, por exemplo); • Sintomas neurológicos agudos (quando não visualizado em tomografia); • Avaliação de estenoses (estreitamentos) das artérias carótidas com sintomatologia; • Planejamento pré-operatório para procedimentos cirúrgicos nas carótidas, com alto risco de vida; • Suspeita de aneurisma cerebral roto; • Confirmação e Quantificação da Estenose: Quando o ultrassom Doppler sugere uma estenose significativa (geralmente acima de 50-70%); • Investigação de alterações no fluxo sanguíneo cerebral de causa desconhecida; • Suspeita de Grande Oclusão Vascular (LVO): Em protocolos de AVC, a Angio-TC da cabeça e pescoço é frequentemente realizada concomitantemente com a tomografia sem contraste para identificar rapidamente a presença de oclusões de grandes vasos que podem ser tratadas por trombectomia mecânica; • Lesões traumáticas.
P1	• Avaliação de estenoses (estreitamentos) das artérias carótidas assintomática; • Planejamento pré-operatório para procedimentos cirúrgicos nas carótidas para cirurgias eletivas; • Aneurisma cerebral.
P2	• Monitoramento de pacientes com histórico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT); • Fatores de Risco: Rastreamento em pacientes de alto risco para aterosclerose, como aqueles com histórico familiar de AVC, diabetes, hipertensão e colesterol alto, embora o ultrassom seja o método de rastreamento de preferência.

Observação: anexar Raio X (quando tiver patologias pulmonares associadas), Doppler do Vaso (se houver).

Profissionais solicitantes: Cardiologista, Pneumologista, Angiologista, Cirurgião Vascular, Clínicos gerais, em casos de suspeita de doença carotídea significativa.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos específicos e histórico de condições médicas relevantes. Resultados de exames de imagem prévios, como tomografia computadorizada (TC) ou angiotomografia. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas, que podem afetar a administração segura do contraste durante o exame.

ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO - exame de imagem que combina tomografia computadorizada (TC) com contraste para visualizar os vasos sanguíneos intracranianos. Este procedimento fornece imagens detalhadas e tridimensionais das artérias cerebrais, veias e estruturas vasculares adjacentes, permitindo a avaliação precisa de condições como aneurismas, estenoses, oclusões e malformações arteriovenosas (MAVs).

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	
P0	• Diagnóstico e monitoramento de aneurismas intracranianos; • Avaliação de malformações arteriovenosas (MAVs) com sangramento ativo; • Suspeita de Trombose Venosa Cerebral; • Suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) Agudo; • Detecção de estenoses ou oclusões arteriais intracranianas; • Suspeita de Aneurisma Cerebral Roto ou Hemorragia Subaracnoidea; • Planejamento pré-operatório para procedimentos neurocirúrgicos; • Monitoramento de condições cerebrovasculares agudas; • Traumatismo Cranioencefálico (TCE) Grave; • Dissecção Arterial Cervical ou Intracraniana.
P1	• Monitoramento de condições cerebrovasculares crônicas com sintomatologia atual; • Planejamento pré-cirúrgico de tumores cerebrais. • Avaliação de estenoses (estreitamentos) de artérias carótidas ou intracranianas.
P2	• Monitoramento de condições cerebrovasculares crônicas, assintomáticas;] • Rastreamento de aneurismas em pacientes com histórico familiar ou fatores de risco.

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurorradiologistas, Neurocirurgiões, Clínicos gerais, para triagem inicial de sintomas neurológicos antes de encaminhar para um especialista.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-Requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos relevantes. Resultados de exames complementares prévios, como angiografia convencional ou ressonância magnética. Informações sobre condições pré-existentes que possam influenciar na interpretação do exame, como alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas.

ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - exame de imagem que combina tomografia computadorizada (TC) com contraste iodado para visualizar detalhadamente os vasos sanguíneos das pernas e pés. Este procedimento é essencial na avaliação de doenças vasculares periféricas, fornecendo informações precisas sobre a anatomia vascular e possíveis obstruções.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	
P0	• Doença arterial periférica: Diagnóstico e avaliação da extensão da doença arterial nas pernas; • Isquemia Aguda de Membros; • Tromboembolismo Pulmonar (TEP); • Aneurismas com risco de ruptura; • Trauma Vascular: Lesões vasculares decorrentes de acidentes ou traumas que comprometam o fluxo sanguíneo para o membro; • Fístulas arteriovenosas: Identificação de comunicações anormais entre artérias e - veias nas pernas; • Trombose venosa profunda; • Avaliação de trauma: Verificação de lesões vasculares após trauma nas pernas; • Avaliação Pré-Operatória Urgente;
P1	• Claudicação intermitente (primeiro exame solicitado deverá ser o doppler). • Investigação de dor inexplicada: Avaliação de dor nas pernas sem causa aparente, especialmente em pacientes com fatores de risco vascular; • Aneurismas: Detecção de dilatações anormais nos vasos sanguíneos das pernas; • Estenoses arteriais: Avaliação de estreitamentos nos vasos sanguíneos das pernas que podem comprometer o fluxo sanguíneo; • Trombose venosa profunda crônica: Diagnóstico de coágulos sanguíneos nas veias profundas das pernas; • Planejamento pré-operatório: Avaliação da vascularização antes de cirurgias vasculares nas pernas; • Monitoramento pós-tratamento: Verificação da eficácia de procedimentos como an-

gioplastia ou colocação de stent.

Profissionais solicitantes: angiologistas, cirurgiões vasculares, radiologistas, cardiologistas, clínicos gerais em casos de suspeita de doenças vasculares periféricas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: Fatores de risco como tabagismo, diabetes e hipertensão. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia Doppler ou outros exames de imagem vascular. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas, que podem afetar a administração segura do contraste durante o exame. Avaliação da função renal para determinar a segurança do uso de contraste, se necessário.

ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA - exame de imagem não invasivo que combina tomografia computadorizada (TC) com contraste iodado para visualizar detalhadamente os vasos sanguíneos e estruturas do tórax.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001-3 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA	
P0	• Manejo de emergências médicas com risco de vida; • Aneurismas da aorta torácica rotos; • Suspeita de dissecação aórtica; • Aneurismas da aorta torácica (extensão); • Malformações vasculares: Identificação de anomalias estruturais nos vasos sanguíneos do tórax sintomáticos; • Avaliação pré-operatória: Planejamento de procedimentos cirúrgicos cardíacos ou vasculares no tórax de urgência; • Investigação de embolia pulmonar: Avaliação de embolia pulmonar aguda; • Avaliação de Síndromes Coronarianas Agudas (Infarto Agudo do Miocárdio) na emergência; • Trauma torácico grave.
P1	• Estenoses e oclusões arteriais: Avaliação de estreitamentos e bloqueios nos vasos sanguíneos do tórax; • Malformações vasculares: Identificação de anomalias estruturais nos vasos sanguíneos do tórax assintomáticos; • Avaliação pré-operatória: Planejamento de procedimentos cirúrgicos cardíacos ou vasculares no tórax para cirurgias eletivas;

- Monitoramento pós-tratamento: Verificação da eficácia de intervenções como colocação de stent ou reparo cirúrgico;
- Tumores vasculares que afetam os vasos sanguíneos do tórax.
- Investigação de embolia pulmonar: Avaliação de embolia pulmonar crônica.

Profissionais solicitantes: cardiologistas, cirurgiões cardiovasculares, radiologistas, clínicos gerais em casos de suspeita de condições vasculares torácicas.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos relacionados ao tórax e histórico de condições médicas relevantes. Resultados de exames de imagem prévios, como radiografias de tórax ou ecocardiograma. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas, que podem afetar a administração segura do contraste durante o exame.

AUDIOMETRIA TONAL (VIA AÉREA /VIA ÓSSEA) - exame utilizado para diagnóstico audiológico e determina os limiares auditivos comparando os valores obtidos com os padrões de normalidade, usando como referência o tom puro.

- Código SIA/SUS: 02.11.07.004-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - AUDIOMETRIA TONAL (VIA AÉREA /VIA AÉREA)	
P0	• Diagnóstico de perda auditiva súbita; • Agravamento Rápido: Piora progressiva e acelerada da audição ou zumbido (acufeno) intenso e recente.
P1	• Avaliação pré e pós-operatória em cirurgias otológicas para cirurgias eletivas; • Determinação do tipo e grau de perda auditiva (condutiva, neurosensorial ou mista); • Avaliação da audição em indivíduos expostos a níveis elevados de ruído (PAIR - Perda auditiva induzida por ruído); • Avaliação de candidatos a uso de Aparelho de Amplificação sonora Individual (AA-SI) aparelho auditivo; • Avaliação de distúrbios de processamento auditivo central; • Monitoramento da função auditiva em pacientes com doenças neurológicas;

P2	• Diagnóstico de perda auditiva de longa data; • Monitoramento da progressão da perda auditiva ao longo do tempo, zumbido (tínido); • Monitoramento de Tratamentos Ototóxicos: Pacientes em uso de medicamentos que podem prejudicar a audição (como certos quimioterápicos ou antibióticos aminoglicosídeos) necessitam de monitoramento regular e prioritário da função coclear.
P3	• Exame admissional, periódico, retorno ao trabalho ou demissional.

Item para solicitação no MV: EXAMES BÁSICOS DE AUDIÇÃO

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Fonoaudiólogos, Pediatras, Neurologistas, Clínicos gerais.

Pré-Requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos específicos e histórico médico relevante. Informações sobre exposição a ruídos intensos ou histórico de doenças otológicas. Resultados de exames auditivos prévios, se disponíveis.

BIÓPSIA DE PRÓSTATA - procedimento invasivo que envolve a coleta de amostras de tecido prostático para avaliação histopatológica. Este exame é essencial para o diagnóstico de câncer de próstata e outras condições prostáticas.

- Código SIA SUS: 02.01.01.041-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - BIÓPSIA DE PRÓSTATA	
P0	• Avaliação de nódulos prostáticos detectados no exame digital retal; • Níveis elevados de antígeno prostático específico (PSA) - acima de 10; • Alterações suspeitas na ressonância magnética da próstata; • Avaliação de áreas suspeitas em ultrassonografia transretal.
P1	• Níveis elevados de antígeno prostático específico (PSA) - entre 4 e 10; • Monitoramento de pacientes com diagnóstico prévio de câncer de próstata; • Investigação de sintomas urinários inexplicados.

Profissionais solicitantes: urologistas.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo histórico familiar de câncer de próstata e níveis de PSA. Resultados de exames prévios, como ultrassonografia transretal ou ressonância magnética da próstata.

CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA - exame de imagem nuclear que avalia a perfusão sanguínea do músculo cardíaco, utilizando um radiofármaco para identificar áreas de isquemia ou infarto. Este procedimento é essencial para o diagnóstico e manejo de doenças coronarianas.

- Código SIA/SUS: 02.08.01.002-5 - Cintilografia do Miocárdio em Stress
- Código SIA/SUS: 02.08.01.003-3 - Cintilografia do Miocárdio em Repouso

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA	
P0	• Investigação de dor torácica em ambiente de emergência, quando outros exames convencionais (como eletrocardiograma e exames de sangue) não são conclusivos; • Pacientes sintomáticos com dor no peito (angina) ou eletrocardiograma sugestivo de isquemia após propedêutica inicial e avaliação cardiológica prévia; • Suspeita de infarto com reperfusão não diagnosticado por métodos convencionais; • Avaliação pós-infarto do miocárdio: Determinação da extensão e localização de áreas infartadas; • Avaliação pré-operatória: Planejamento de intervenções cirúrgicas cardíacas, como revascularização miocárdica.
P1	• Estratificação de risco em pacientes com angina estável: Determinação do risco de eventos cardíacos futuros; • Monitoramento pós-revascularização: Avaliação da eficácia de procedimentos como angioplastia ou bypass coronário; • Investigação de dor torácica atípica: Diferenciação entre dor de origem cardíaca e não cardíaca; • Diagnóstico de DAC em pacientes com contraindicações ao teste ergométrico convencional (ex: bloqueio de ramo esquerdo no ECG de repouso, uso de digoxina, limitações físicas); • Quando o teste ergométrico foi positivo, ineficaz ou inconclusivo para isquemia; • Probabilidade clínica pré-teste de DAC maior que 70% (moderada a alta probabilidade); • Avaliação de viabilidade miocárdica: Identificação de áreas viáveis para revascularização em pacientes com cardiopatia isquêmica crônica; • Monitoramento de pacientes com insuficiência cardíaca: Avaliação da perfusão miocárdica em pacientes com função ventricular reduzida.

P2	• Avaliação de pacientes com fatores de risco para doença coronariana; • Pacientes assintomáticos, mas com fatores de risco elevados, como histórico familiar significativo de DAC, diabetes, ou escore de cálcio elevado na angiotomografia coronariana.
----	--

Profissionais solicitantes: cardiologistas, clínicos gerais, pneumologistas, em casos de dispneia de etiologia incerta.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e fatores de risco como hipertensão, diabetes e tabagismo. Resultados de exames prévios, como eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma ou teste ergométrico. Informações sobre alergias conhecidas ao radiofármaco utilizado no exame.

CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAFIA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) - um exame de imagem nuclear que avalia a função e estrutura dos rins, utilizando radiofármacos para identificar áreas de anormalidade. Este procedimento é essencial para o diagnóstico e monitoramento de várias condições renais.

- Código SIA/SUS: 02.08.04.005-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAFIA	
P0	• Suspeita de Obstrução Urinária Aguda, quando não esclarecido pelo US ou outro exame de imagem prévio; • Aneurismas que afetam a circulação renal podem ser uma indicação prioritária; • Pancreatite Necro-hemorrágica; • Traumatismos Renais: Avaliação urgente de lesões renais após trauma; • Suspeita de Ruptura de Órgãos: Em casos de emergência abdominal com suspeita de comprometimento renal; • Avaliação Pré e Pós-Transplante Renal: (O acompanhamento imediato após um transplante para verificar a função do novo rim e a presença de possíveis complicações, como obstruções ou rejeição vascular, é crucial); • Diagnóstico de estenose da artéria rena; • Tumores Renais: Para diagnóstico e estadiamento, dependendo da urgência oncológica; • Monitoramento de função renal em nefropatias tóxicas; • Detecção de anomalias congênitas do trato urinário, sintomática.

P1	• Infecções Urinárias Graves/Pielonefrite: Em crianças ou adultos com infecções renais graves, o exame (geralmente DMSA) pode ser priorizado para detectar a formação de cicatrizes renais precocemente; • Avaliação da função renal global e segmentar; • Avaliação de cicatrizes renais em infecções urinárias recorrentes e com sintomatologia associada; • Monitoramento da função renal em pacientes com doença renal crônica; • Investigação de hipertensão renovascular;
-----------	---

Profissionais solicitantes: nefrologistas, urologistas e clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas urinários específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como ultrassonografia renal ou tomografia computadorizada (TC). Informações sobre alergias conhecidas ao radiofármaco utilizado no exame.

CINTILOGRAFIA DIGESTIVA - exame de imagem que utiliza pequenas quantidades de material radioativo para avaliar a função do trato gastrointestinal. É particularmente útil para avaliar o esvaziamento gástrico e a motilidade intestinal.

- Código SIA/SUS: 02.08.04.009-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA DIGESTIVA	
P0	• Hemorragia Digestiva Ativa, quando não esclarecida pela EDA ou outros métodos prévios; • Sangramento Intermitente/Oculto: Pode ser utilizada para investigar casos de anemia por perda sanguínea crônica (anemia ferropriva sem causa aparente) ou sangramentos que cessam e recomeçam, quando exames iniciais não são conclusivos; • Inviabilidade de Outros Métodos: Em situações onde o paciente não pode ser submetido a outros procedimentos diagnósticos mais invasivos ou que exigem condições específicas (como preparo intestinal para colonoscopia, que pode demorar), a cintilografia pode ser uma alternativa mais rápida para a localização do sangramento; • Avaliação do esvaziamento gástrico em pacientes com suspeita de gastroparesia;
P1	• Monitoramento de pacientes pós-cirurgia bariátrica; • Avaliação da função do esôfago em casos de acalasia;

	• Diagnóstico de malabsorção intestinal;
P2	• Diagnóstico de refluxo gastroesofágico; • Avaliação da motilidade intestinal em casos de síndrome do intestino irritável. • Avaliação de trânsito colônico em pacientes com constipação crônica; • Investigação de dor abdominal crônica de origem desconhecida; • Monitoramento de doenças inflamatórias intestinais.

Profissionais solicitantes: gastroenterologistas, cirurgiões gerais, clínicos gerais, radiologistas, pediatras (para casos pediátricos específicos).

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas gastrointestinais específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias radioativas ou outros materiais utilizados no exame.

CINTILOGRAFIA ÓSSEA - exame de imagem nuclear que utiliza radiofármacos para avaliar a atividade metabólica dos ossos, sendo essencial para o diagnóstico e monitoramento de várias condições ósseas.

- Código SIA/SUS: 02.08.04.005-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA ÓSSEA	
P0	• Pacientes internados com alterações agudas, onde o resultado do exame é crucial para o manejo imediato do quadro clínico; • Suspeita de osteomielite ou infecção óssea aguda; • Avaliação de infecção ou afrouxamento de próteses ortopédicas, principalmente se houver sinais de inflamação aguda; • Diagnóstico de fraturas ocultas ou por estresse em que a suspeita clínica é alta, mas outros exames (como o Raio X simples) não foram conclusivos; • Avaliação pós-operatória imediata de certas condições, quando a evolução clínica sugere complicações; • Diagnóstico de metástases óssea com alta suspeita; • Avaliação de fraturas de estresse, quando não possível outros métodos de imagem; • Diagnóstico de necrose avascular.

P1	- Estadiamento de tumores (pesquisa de metástases ósseas) — embora seja uma indicação comum e importante, muitas vezes é classificada como eletiva, a menos que haja suspeita de comprometimento iminente da estrutura óssea que necessite de intervenção urgente; - Avaliação de doenças osteometabólicas (como a Doença de Paget), que geralmente permitem um agendamento programado.
P2	- Acompanhamento de condições crônicas como artrites ou outras doenças inflamatórias; - Monitoramento de doenças inflamatórias ósseas.

Profissionais solicitantes: ortopedista, reumatologistas, oncologistas e clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas ósseos específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias computadorizadas (TC). Informações sobre alergias conhecidas ao radiofármaco utilizado no exame.

CINTILOGRAFIA PULMONAR - exame de imagem que utiliza material radioativo para avaliar a perfusão e a ventilação dos pulmões, sendo particularmente útil no diagnóstico de embolia pulmonar e outras condições que afetam a circulação pulmonar.

- Código SIGTAP: Cintilografia Pulmonar (Inalação) 02.08.07.003-6
Cintilografia Pulmonar (Perfusão) 02.08.07.004-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA PULMONAR	
P0	- Suspeita de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) Agudo: Esta é a indicação primária e mais comum para a cintilografia pulmonar, sendo frequentemente tratada como prioridade devido à gravidade do quadro; - Avaliação de Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica (HPTEC); - Estadiamento de Tumores e Pesquisa de Metástases; - Avaliação Pré-operatória: Para pacientes que farão cirurgias com risco de complicações pulmonares, a cintilografia pode ser usada na avaliação funcional, ajudando no planejamento cirúrgico; - Avaliação pré-operatória para ressecção pulmonar, em casos graves.; - Investigação de áreas de hipoperfusão pulmonar;

P1	• Avaliação da perfusão pulmonar em doenças pulmonares crônicas; • Monitoramento de pacientes após tratamento de embolia pulmonar; • Avaliação de pacientes com suspeita de shunt cardíaco direito-esquerdo.
P2	• Avaliação de perfusão em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); • Monitoramento da função pulmonar em pacientes com fibrose pulmonar.

Profissionais solicitantes: Pneumologistas, cardiologistas, cirurgiões torácicos, radiologistas, clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas respiratórios específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias radioativas ou outros materiais utilizados no exame.

CINTILOGRAGIA DA TIREÓIDE - exame de imagem que utiliza material radioativo para avaliar a função e morfologia da glândula tireoide, auxiliando no diagnóstico de diversas patologias tireoidianas.

- Código SIA/SUS: 02.08.03.002-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE	
P0	• Suspeita de Hipertireoidismo, se sintomas graves ou de difícil controle. • Avaliação de nódulos ou massas cervicais suspeitas. Considerar alterações no T-SH; • Controle de Câncer de Tireoide: Em casos de acompanhamento ou pesquisa de metástases (pesquisa de corpo inteiro) após cirurgia e tratamento inicial com iodo radioativo; Investigação de carcinoma tireoidiano; • Determinação de tireotoxicose factícia
P1	• Diagnóstico de tireoidite; • Localização de Tecido Ectópico: Para encontrar tecido tireoidiano fora de sua posição normal no pescoço; • Avaliação de Massas Cervicais ou Retroesternais: Para determinar se massas no pescoço ou atrás do esterno estão relacionadas ao tecido da tireoide (sem suspeita de malignidade)

- Avaliação de bócio multinodular;
- Monitoramento de recidiva de câncer de tireoide;
- Monitoramento da função tireoidiana após tratamento com iodo radioativo.

Profissionais solicitantes: endocrinologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, radiologistas, oncologistas e clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames laboratoriais de função tireoidiana (TSH, T4 livre, T3). Informações sobre alergias conhecidas a substâncias radioativas.

CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES - exame de imagem que utiliza material radioativo para identificar hiperfunção ou hiperplasia das glândulas paratireoides, auxiliando no diagnóstico de hiperparatireoidismo.

- Código SIA/SUS: 02.08.03.001-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES

P1	• Confirmação bioquímica de hiperparatireoidismo primário, quando os testes de sangue mostram consistentemente níveis elevados de paratormônio (PTH) e cálcio no sangue (hipercalcemia); • Planejamento cirúrgico, especialmente em casos de cirurgia minimamente invasiva; • Ultrassonografia cervical inconclusiva; • Suspeita de glândulas ectópicas: A prioridade aumenta se houver suspeita de que a glândula hiperativa esteja em uma localização incomum (ectópica); • Recorrência da doença: Em pacientes que já foram submetidos a uma cirurgia de paratireoides, mas a doença retornou, a cintilografia é crucial para localizar o tecido hiperfuncionante remanescente; • Avaliação de adenomas paratireoidianos; • Investigação de hiperplasia das paratireoides; • Diagnóstico diferencial de hiperparatireoidismo secundário.
-----------	--

Profissionais que podem solicitar o exame: endocrinologista, cirurgiões de cabeça e pescoço, radiologistas, nefrologistas e oncologistas.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames laboratoriais de cálcio, fósforo e PTH

(paratormônio). Informações sobre alergias conhecidas a substâncias radioativas.

CISTOSCOPIA - exame endoscópico que permite a visualização direta do interior da bexiga e da uretra, utilizando um cistoscópio. Este procedimento é crucial para o diagnóstico e tratamento de diversas condições urológicas.

- Código SIA/SUS: 02.09.02.001-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CISTOSCOPIA	
P0	• Diagnóstico de hematúria persistente; • Detecção de tumores vesicais; • Monitoramento de lesões vesicais traumáticas
P1	• Avaliação de infecções urinárias recorrentes; • Avaliação de sintomas de bexiga hiperativa; • Diagnóstico de estenoses uretrais; • Avaliação de anomalias congênitas do trato urinário inferior; • Remoção de cálculos vesicais; • Avaliação de complicações pós-cirúrgicas.

Profissionais que podem solicitar o exame: urologistas

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas urinários específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como ultrassonografia do trato urinário. Orientações ao paciente sobre a preparação prévia ao exame, como a necessidade de jejum ou uso de antibióticos profiláticos.

COLONOSCOPIA - procedimento endoscópico que permite a visualização direta do cólon e do reto. É utilizado para diagnóstico e tratamento de diversas condições do trato gastrointestinal inferior.

- Código SIA/SUS: 02.09.01.002-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - COLONOSCOPIA	
P0	• Resultado positivo para pesquisa de sangue oculto nas fezes (em testes imunoquímicos/anticorpos monoclonais) com perda de peso não intencional; • Massa abdominal ou retal palpável: Identificação de uma massa durante o exame físico;

P1	• Histórico familiar de câncer colorretal ou pólipos: ○ Parente de 1º grau com CCR ou pólio avançado antes dos 60 anos, ou 2 ou mais parentes de 1º grau em qualquer idade: Iniciar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do familiar mais jovem (o que vier primeiro) e repetir a cada 5 anos. ○ Parente de 1º grau com CCR ou pólio avançado aos 60 anos ou mais: Iniciar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico do familiar mais jovem e depois seguir intervalo de risco médio a cada 10 anos. • Resultado positivo para pesquisa de sangue oculto nas fezes (em testes imunoquímicos/anticorpos monoclonais); • Doença inflamatória intestinal (DII): Para monitoramento da atividade da doença ou rastreamento de displasia/câncer; • Dor abdominal inexplicada: Dores ou desconfortos abdominais constantes; • Anemia inexplicável: Anemia ferropriva sem causa aparente identificada; • Alteração recente e persistente do hábito intestinal: Mudanças na frequência (diarreia ou constipação) ou no formato das fezes que persistem por um período; • Diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e colite ulcerativa); • Diagnóstico de pólipos intestinais; • Monitoramento pós-polipectomia; • Investigação de diarreia crônica.
----	--

Contra indicações: suspeita clínica/radiológica de abdome agudo perfurativo e/ou diverticulite. Megacólon tóxico. Está associada a polipectomia na vigência de preparo inadequado, coagulopatia ou uso de antiagregante plaquetário.

Profissionais solicitantes: gastroenterologistas, cirurgiões gerais, clínicos gerais, oncologistas, proctologistas, generalistas (desde que tenha exame de sangue oculto nas fezes positivo e/ou com sinais de alarme (perda de peso de origem desconhecida e/ou mudanças no hábito intestinal).

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas gastrointestinais específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas a medicamentos utilizados no preparo ou durante o exame.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

COLANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (COLANGIORESSONÂNCIA)- exame de imagem que combina ressonância magnética (RM) com uso de contraste para visualização detalhada das vias biliares.

- Código SIA/SUS: 02.07.03.004-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - COLANGIOGRAFIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (COLANGIORESSONÂNCIA)	
P0	• Suspeita de obstrução biliar aguda; • Suspeita de cálculos (pedras) nas vias biliares (coledocolitíase): Especialmente se houver suspeita de infecção associada (colangite), o que pode ser uma emergência médica; • Avaliação pré-operatória urgente: Em casos onde uma cirurgia hepatobiliar complexa é necessária, e a anatomia exata das vias biliares precisa ser rapidamente delineada; • Falha ou contraindicação à CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) diagnóstica; • Lesões suspeitas ou confirmadas: Identificação rápida de estenoses, dilatações ou lesões suspeitas de tumores (colangiocarcinomas ou tumores pancreáticos) que causem compressão ou obstrução das vias biliares; • Pós-operatório com complicações: Avaliação de complicações biliares após procedimentos cirúrgicos; • Avaliação de tumores ou lesões nas vias biliares; • Investigação de pancreatite biliar.
P1	• Suspeita de cálculos (pedras) nas vias biliares (coledocolitíase), sem sinais de alarme ou infecção; • Triagem de anomalias congênitas das vias biliares; • Planejamento pré-operatório para procedimentos biliares para cirurgias eletivas.

Profissionais solicitantes: radiologistas, gastroenterologistas, hepatologistas, cirurgiões hepato-bilio-pancreáticos.

Pré-requisitos para solicitar os exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas biliares específicos e histórico médico. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

CORE BIOPSY (BIÓPSIA PERCUTÂNEA COM AGULHA GROSSA) - procedimento de biópsia que utiliza uma agulha maior para coletar amostras maiores de tecido da mama para análise histopatológica.

- Código SIA/SUS 02.01.01.060-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - CORE BIOPSY (BIÓPSIA PERCUTÂNEA COM AGULHA GROSSA)	
P0	• Alto Grau de Suspeita (BI-RADS 4 e 5): A principal indicação para priorização da core biopsy são lesões classificadas como BI-RADS 4 (suspeita de malignidade) e, especialmente, BI-RADS 5 (altamente sugestiva de malignidade). • Confirmação diagnóstica de lesões suspeitas detectadas na mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética, como nódulos irregulares, com margens não circunscritas, ou que apresentam sombra acústica posterior, indicam a necessidade de biópsia prioritária; • Lesões Não Diagnósticas por PAAF: Se uma Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) prévia não fornecer um diagnóstico conclusivo ou for discordante dos achados de imagem, a core biopsy torna-se prioritária para obtenção de uma amostra tecidual adequada. • Sintomas Clínicos Agudos: Embora menos comum, a presença de sintomas agressivos ou progressão rápida da lesão pode aumentar a urgência do procedimento. • Diagnóstico diferencial de massas mamárias; • Avaliação de lesões complexas ou de difícil acesso;
P1	• Nódulos novos em paciente pós-menopausa, mesmo com classificação BIRADS 3. • Nódulos BIRADS 3 em paciente de alto risco familiar; • Nódulos BIRADS 3 volumosos;

Profissionais solicitantes: mastologistas, radiologistas intervencionistas, oncologistas, clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: Resultados de exames de imagem prévios, como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética. História clínica detalhada, incluindo sintomas mamários específicos e histórico médico. Consentimento informado do paciente para o procedimento.

DENSITOMETRIA ÓSSEA - exame de imagem que mede a densidade mineral óssea, sendo essencial para o diagnóstico e monitoramento da osteoporose e outras condições que afetam a saúde óssea.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.002-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - DENSITOMETRIA ÓSSEA	
P0	Não se aplica
P1	• Fraturas prévias: Indivíduos de qualquer idade que sofreram fratura por trauma mínimo (trauma de baixa energia, como uma queda da própria altura) ou fraturas a-traumáticas. • Deficiência estrogênica precoce: Mulheres em deficiência estrogênica (menopausa) com menos de 45 anos ou com amenorreia secundária prolongada (por mais de um ano). • Evidência radiológica de osteopenia: Achados em exames de imagem (radiografias) que sugiram baixa massa óssea ou fraturas vertebrai • Diagnóstico de osteoporose.
P2	• Idade avançada: Mulheres com mais de 65 anos e homens com mais de 70 anos têm indicação, independentemente de outros fatores de risco • Baixo Índice de Massa Corporal (IMC): Mulheres com IMC muito baixo (inferior a 19 kg/m²); • Histórico familiar: História materna de fratura do colo do fêmur; • Condições médicas específicas: Presença de doenças associadas à perda óssea, como doenças endócrinas, reumatológicas, gastrointestinais e certas patologias metabólicas (hiperparatireoidismo, hipertireoidismo, doença celíaca, etc.); • Uso crônico de medicamentos: Uso prolongado de corticoides (prednisona em doses ≥ 5 mg/dia por mais de três meses) ou outros medicamentos que afetam a massa óssea (como alguns anticonvulsivantes e quimioterápicos); • Diagnóstico de osteopenia; • Monitoramento da eficácia do tratamento para osteoporose.

Profissionais solicitantes: endocrinologistas, reumatologistas, ortopedistas, ginecologistas, clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo fatores de risco para osteoporose e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, se disponíveis. Informações sobre uso de medicações que possam afetar a densidade óssea.

DUPLEX SCAN (ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER) - conhecido como ultrassonografia Doppler duplex, é um exame de imagem não invasivo que combina ultrassonografia convencional com a técnica Doppler para avaliar o fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos. Este procedimento fornece informações detalhadas sobre a estrutura e o funcionamento dos vasos, ajudando na avaliação de doenças vasculares.

- Código SIA/SUS 02.05.01.004-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - DUPLEX SCAN (ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER)	
P0	• Suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP) no serviço de urgência; • Oclusão Arterial Aguda (Isquemia Arterial Aguda); • Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP); • Suspeita de Aneurisma Roto ou com Risco de Ruptura: Como no caso de aneurisma da aorta abdominal, que é uma emergência médica grave; • Avaliação Pós-Traumática Vascular: Em casos de lesões vasculares decorrentes de trauma que possam comprometer o fluxo sanguíneo; • Acidente Vascular Cerebral (AVC) Agudo ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT): O Duplex Scan de carótidas e vertebrais pode ser usado na avaliação inicial para identificar a origem do problema, embora exames de imagem cerebral sejam a primeira linha, a avaliação vascular é crucial na sequência; • Amaurose unilateral; • Avaliação de aneurismas: Identificação e monitoramento de dilatações anormais nos vasos sanguíneos; • Avaliação de transplantes vasculares: Monitoramento da vascularização após transplante de órgãos; • Síndrome de compressão de subclávia. • Ulceração em Membro inferior: CEAP 6
P1	• Estudo pré-operatório: Planejamento de procedimentos cirúrgicos vasculares, como angioplastia ou cirurgia de revascularização; • Monitoramento pós-tratamento: Verificação da eficácia de intervenções como angioplastia, colocação de stent ou tratamento de varizes; • Investigação de dor ou edema inexplicados: Avaliação de insuficiência venosa crônica CEAP 3, 4 e 5 • Avaliação de fístulas arteriovenosas: Identificação de comunicações anômalas entre artérias e veias; • Investigação de hipertensão renovascular; • Avaliação vascular em paciente com pé diabético.

P2

- Avaliação de insuficiência venosa crônica: CEAP 1 e 2

Profissionais solicitantes: angiologistas, cirurgiões vasculares, radiologistas, cardiologistas, clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas vasculares específicos e fatores de risco como tabagismo, diabetes e hipertensão.

Resultados de exames de imagem prévios, como Ultrassonografia Doppler ou Tomografia Computadorizada. Informações sobre alergias conhecidas ao gel de Ultrassom ou condições renais comprometidas, que possam afetar a administração segura do exame.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO - exame de imagem não invasivo que utiliza ultrassom para avaliar a estrutura e a função do coração, além de medir o fluxo sanguíneo através das válvulas cardíacas. Este procedimento fornece informações detalhadas sobre o funcionamento do coração em tempo real.

- Código SIA-SUS: 02.05.01.003-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

P0

- Suspeita de dissecção da aorta;
- Instabilidade hemodinâmica (pressão baixa grave, choque);
- Tamponamento cardíaco;
- AVE agudo com evidência de cardiopatia;
- Certos casos de suspeita de endocardite com instabilidade ou embolia;
- Doenças do pericárdio;
- Pós-infarto agudo do miocárdio com complicações mecânicas;
- Insuficiência cardíaca de início recente ou descompensação aguda.
- Avaliação de paciente com insuficiência cardíaca e com mudança do quadro clínico – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).
- Dor torácica sugestiva de síndrome coronariana aguda, após avaliação inicial (ECG e marcadores);
- Avaliação de pacientes de alto risco que farão cirurgia de risco intrínseco alto;
- Aneurisma de aorta torácica;
- Rastreamento de cardiotoxicidade durante quimioterapia;
- Suspeita de doença valvar grave com sintomas (dispneia, síncope);
- Avaliação de fontes cardíacas de embolia em pacientes estáveis;

	• Detecção de defeitos congênitos: Diagnóstico de anormalidades cardíacas presentes desde o nascimento, com sintomatologia associada;
P1	• Monitoramento de condições cardíacas crônicas: Acompanhamento de pacientes com insuficiência cardíaca, por exemplo, sem descompensação aguda; • Avaliação de pacientes de risco intermediário para cirurgias; • Avaliação de cardiomiopatias: Identificação de alterações estruturais ou funcionais do músculo cardíaco; • Avaliação pré-operatória: Avaliação da função cardíaca antes de procedimentos cirúrgicos cardíacos eletivos.
P2	• Sopros cardíacos a serem investigados em pacientes assintomáticos.

Profissionais solicitantes: cardiologistas, cirurgiões cardiovasculares, pediatra, pneumologista, neurologista, clínicos gerais.

Pré requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e fatores de risco como hipertensão e diabetes. Resultados de exames prévios, como eletrocardiograma (ECG) ou radiografias de tórax. Não há necessidade de preparo especial para o paciente antes do exame.

ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE - exame que combina ultrassonografia com a realização de esforço físico ou administração de medicamentos para avaliar a função cardíaca sob condições de estresse. Este procedimento é usado para detectar isquemia miocárdica e avaliar a resposta do coração ao esforço.

- Código SIA/SUS: 02.05.01.001-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE	
P0	• Avaliação pré-operatória de alto risco: Pacientes com risco cardíaco conhecido ou suspeito que necessitam de cirurgia não cardíaca de urgência e cuja avaliação pode impactar o manejo cirúrgico; • Suspeita de complicações agudas: Pacientes com suspeita de complicações de doença arterial coronariana (DAC) recente, como após um infarto, para avaliação de isquemia residual ou viabilidade miocárdica substancial; • Arritmias de alto risco: Certas taquiarritmias graves ou anormalidades de condução que necessitam de avaliação imediata da causa subjacente;

	• Diagnóstico de doença arterial coronariana: Avaliação da função cardíaca durante o exercício para detectar isquemia miocárdica.
P1	• Investigação de sintomas crônicos: Dor no peito atípica ou sintomas de insuficiência cardíaca crônica (como dispneia aos esforços) em pacientes ambulatoriais; • Rastreamento ou reavaliação de DAC estável: Pacientes com DAC conhecida, mas estável, que necessitam de reavaliação periódica (por exemplo, após revascularização miocárdica para avaliar a eficácia do tratamento); • Avaliação de viabilidade miocárdica eletiva: Determinar se o tecido cardíaco danificado por um infarto anterior pode ser recuperado com tratamento (revascularização), em pacientes sem urgência clínica; • Doença valvar assintomática: Avaliação diagnóstica de pacientes com certas doenças valvares (como estenose aórtica de baixo gradiente com disfunção ventricular esquerda); • Avaliação de pacientes com incapacidade de exercício: Uso de agentes farmacológicos para induzir o estresse cardíaco em pacientes incapazes de se exercitar; • Avaliação de arritmias induzidas pelo esforço: Monitoramento da resposta cardíaca a situações de estresse físico.

Profissionais solicitantes: cardiologistas, cirurgião cardiovascular, clínicos gerais.

Observação: anexar à solicitação a propedêutica cardiológica realizada previamente.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e fatores de risco como hipertensão e diabetes. Resultados de exames prévios, como eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma convencional. Não há necessidade de preparo especial para o paciente antes do exame, além das orientações específicas para o protocolo de estresse.

ELETOENCEFALOGRAMA - exame não invasivo que registra a atividade elétrica do cérebro através de eletrodos posicionados no couro cabeludo, fornecendo informações sobre padrões de atividade elétrica, epilepsia, distúrbios do sono e outras condições neurológicas.

- Código SIA/SUS:

EEG em vigília com ou sem foto-estímulo: 02.11.05.002-4

EEG em sono induzido com ou sem medicamento: 02.11.05.003-2

EEG em vigília e sono espontâneo com ou sem fotoestímulo: 02.11.05.004-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ELETOENCEFALOGRAMA

P0	• Status epilepticus (estado de mal epilético): Crises epiléticas prolongadas ou recorrentes sem recuperação da consciência; • Coma ou alteração aguda e inexplicada da consciência: Para investigar a causa da disfunção cerebral; • Suspeita de Morte Encefálica: O EEG é um dos exames complementares usados para confirmar a ausência de atividade cerebral; • Encefalopatias agudas (metabólicas, tóxicas, infecciosas): Como encefalite ou intoxicações graves, onde a atividade cerebral pode estar difusamente anormal; • Investigação de sintomas neurológicos inespecíficos.
P1	• Avaliação após um AVC ou hemorragia intracraniana: Para verificar a atividade cerebral residual e o risco de crises secundárias; • Crises epiléticas recentes ou recorrentes: Para caracterizar o tipo de crise e iniciar o tratamento adequado; • Perda de consciência (desmaios) inexplicada: Após avaliação inicial que descarte causas cardíacas; • Avaliação pré-operatória em cirurgias cerebrais; • Investigação de transtornos psiquiátricos com componente neurológico; • Doenças neurodegenerativas.
P2	• Epilepsia conhecida e controlada: Acompanhamento periódico para monitorar a eficácia do tratamento ou considerar ajustes de medicação; • Distúrbios do sono: Investigação de condições como narcolepsia ou apneia do sono, que geralmente requerem um tipo específico de EEG de longa duração (polissonografia); • Monitoramento de estados epiléticos prolongados; • Síndromes demenciais ou doenças neurodegenerativas: Avaliação de alterações cerebrais ao longo do tempo.
P3	• Avaliação Ocupacional: Empregados que exercem funções de alto risco, com periodicidade definida (ex: anual).

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurofisiologistas, Pediatras (em caso de suspeita de Distúrbios neurológicos, Clínicos Gerais, para triagem de sintomas neurológicos).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos específicos. Resultados de exames complementares prévios, quando aplicável (por



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

exemplo, neuroimagem). Informações sobre medicações em uso que possam interferir na atividade cerebral, especialmente antiepiléticos.

ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) - exame diagnóstico que avalia a função dos nervos periféricos e músculos, combinando dois testes principais: a eletroneurografia (ENG), que mede a velocidade de condução nervosa, e a eletromiografia (EMG), que avalia a atividade elétrica dos músculos.

- Código SIA/SUS: 02.11.05.008-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG)	
P0	• Fraqueza muscular rapidamente progressiva: Suspeita de doenças graves como a Síndrome de Guillain-Barré ou Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), onde o tempo de diagnóstico é crucial para iniciar o tratamento adequado. • Perda sensorial ou motora aguda e inexplicada: Início súbito de dormência, formigamento ou paralisia que não pode ser imediatamente atribuído a uma causa conhecida. • Trauma de nervo periférico com potencial para reparação cirúrgica; • Suspeita de Miastenia Gravis com crise miastênica iminente: Fraqueza bulbar (dificuldade para engolir ou falar) ou respiratória, que representa risco de vida. • Avaliação pré-operatória urgente; • Miastenia gravis: Diagnóstico de doenças neuromusculares autoimunes. • Lesões traumáticas dos nervos: Avaliação de lesões por traumas ou acidentes agudos.
P1	• Diagnóstico de neuropatias periféricas: Avaliação de danos aos nervos periféricos, como na neuropatia diabética; • Diagnóstico de danos a nervos individuais, como a paralisia de Bell; • Miopatias e distrofias musculares, como distrofias musculares ou miopatias inflamatórias; • Síndromes de compressão nervosa (síndrome do túnel do carpo, hérnia de disco cervical/lombar). • Dor, dormência e formigamento persistentes em membro • Lesões traumáticas dos nervos: Avaliação de lesões por traumas ou acidente antigo.

Profissionais solicitantes: neurologistas, neurocirurgião, fisiatra, ortopedista, reumatologista, infectologista, clínicos gerais, equipe médica do cerest.

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos e musculares específicos. Resultados de exames prévios, como ressonância magnética (RM) ou

tomografia computadorizada (TC), se disponíveis. Ausência de contra-indicações para o exame, como uso de marcapasso ou outros dispositivos eletrônicos implantados.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA – procedimento que permite a visualização direta do esôfago, estômago e duodeno utilizando um endoscópio flexível.

procedimento que permite a visualização direta do esôfago, estômago e duodeno utilizando um endoscópio flexível.

- Código SIA/SUS: 02.09.01.003-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	
P0	• Hemorragia Digestiva: Hematêmese (vômito com sangue), vômito em borra de café, melena (fezes escuras), anemia ferropriva sem causa aparente, sangramento ativo ou recorrente. • Sintomas Sugestivos de Neoplasia: Perda de peso inexplicável ($\geq 5\%$), anorexia, saciedade precoce, massa abdominal palpável, icterícia, história familiar de câncer do TGI. • Disfagia/Odinofagia: Dificuldade ou dor ao engolir, especialmente em idosos ou com sintomas progressivos. • Vômitos Persistentes: Vômitos por mais de 7 dias ou persistentes e sem melhora
P1	• Dispepsia recente em pessoa com história familiar positiva para neoplasia gástrica/esofágica em parente de primeiro grau; • Na investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com Hb < 13 g/dl e mulheres com Hb < 12 g/dl), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial. Também requer a solicitação de colonoscopia para investigação de TGI inferior; • Idade maior ou igual a 50 anos com dispepsia recente, de causa inexplicada; • Confirmação de erradicação de H. pylori em paciente com úlcera péptica, após 8 a 12 semanas do tratamento da infecção; • Megaesôfago.
P2	• Pessoa com dispepsia que necessita iniciar terapia antiplaquetária ou anticoagulação; • Rastreamento de varizes de esôfago; • Dispepsia não controlada com tratamento clínico otimizado; • Acompanhamento de Esôfago de Barrett ou metaplasia intestinal gástrica.

Profissionais solicitantes: médicos da rede SUS.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-requisitos para solicitar o exame: História clínica detalhada, incluindo sintomas gastrointestinais específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas a medicamentos utilizados no preparo ou durante o exame.

ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR - exame capaz de mensurar a movimentação do ar por meio de fluxos e volumes pulmonares, ou seja, a velocidade com que o indivíduo é capaz de inspirar e expirar e também a quantidade de ar utilizada nesses movimentos com o auxílio dos músculos respiratórios.

- Código SIA/SUS: 02.11.08.005

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	
P0	• Avaliação de dispneia (falta de ar) inexplicada: Especialmente se a falta de ar for grave (grau 3 ou 4 na escala mMRC, onde o paciente mal sai de casa ou precisa de ajuda para atividades básicas); • Diagnóstico e quantificação dos distúrbios da ventilação pulmonar graves; • Monitorização de doenças pulmonares progressivas: Para avaliar a progressão de doenças como fibrose pulmonar ou DPOC grave, onde uma mudança rápida na função pulmonar pode indicar a necessidade de intervenção imediata; • Avaliação pré-operatória para cirurgias de ressecção pulmonar; • Avaliação de efeitos pulmonares de tratamentos com drogas tóxicas: Monitorar rapidamente os efeitos colaterais de certos medicamentos que podem danificar os pulmões; • Suspeita de exposição ambiental ou ocupacional aguda: Para documentar e avaliar rapidamente o impacto de uma exposição recente a toxinas ou irritantes inalatórios.
P1	• Avaliação de dispneia (falta de ar) inexplicada, moderada (grau 2 na escala mMRC); • Diagnóstico diferencial de asma com exacerbações recorrentes; • Investigação de sintomas respiratórios persistentes; • Avaliação da função pulmonar em fumantes, com alta carga tabágica, de longa data; • Avaliação de incapacidade respiratória para fins de seguridade social.
P2	• Avaliação de dispneia (falta de ar) inexplicada, leve; • Monitorização de doenças pulmonares progressivas, porém estáveis; • Diagnóstico diferencial de asma, com paciente estável.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Profissionais solicitantes: Generalista de PSF, Clínico Geral, Pediatra, Alergista, Pneumologista, Médico do trabalho.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas respiratórios específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis.

EMISSION OTOACÚSTICA (EOA) - exame utilizado para avaliar a função das células ciliadas externas da cóclea, que são responsáveis pela amplificação das vibrações sonoras dentro do ouvido interno.

- Código SIA/SUS: 02.11.07.015-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - EMISSÃO OTOACÚSTICA (EOA)	
P0	• Triagem Inicial para Recém-Nascidos Saudáveis: A EOA é geralmente o primeiro exame realizado em recém-nascidos a termo e sem fatores de risco para perda auditiva; • Resultados Inconclusivos (Falha no Teste/Reteste): Um dos critérios de prioridade para o reteste de EOA é a falha no primeiro exame. O reteste é feito para confirmar o resultado, geralmente em um curto período após a primeira tentativa, antes de encaminhar para outras avaliações; • Encaminhamento para PEATE/BERA: A priorização do próximo exame, o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE ou BERA), ocorre se o recém-nascido falhar no reteste de EOA ou se apresentar fatores de risco para perda auditiva.
P1	• Avaliação da função coclear em bebês e crianças pequenas; • Detecção precoce de perda auditiva sensorineural; • Monitoramento da função auditiva em pacientes com zumbido (tinido); • Avaliação de candidatos a implantes cocleares; • Diagnóstico diferencial de perda auditiva sensorineural; • Avaliação de distúrbios de processamento auditivo central; • Monitoramento da função auditiva em pacientes expostos a ototóxicos; • Avaliação de pacientes com síndromes genéticas associadas à perda auditiva.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Fonoaudiólogos, pediatras, neurologistas, clínicos gerais.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos específicos e histórico médico relevante. Informações sobre exposição a ruídos intensos ou histórico de doenças otológicas. Resultados de exames auditivos prévios, se disponíveis.

ESTUDO URODINÂMICO - exame que analisa o funcionamento do trato urinário inferior, ou seja, a bexiga, a uretra e o esfíncter. Ele é indicado para diagnosticar e acompanhar doenças do aparelho urinário.

- Código SIA/SUS: 02.11.09.001-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ESTUDO URODINÂMICO	
P0	• Insuficiência Renal Aguda: Pacientes com problemas na próstata (prostáticos) ou com sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou TRM (Trauma Raquimedular) que desenvolvam insuficiência renal aguda (evidenciada por creatinina elevada, por exemplo, $\geq 1,5\text{mg/dl}$); • Falha de Tratamento Prévio: Pacientes já submetidos a tratamentos (clínico ou cirúrgico) para incontinência urinária ou outros sintomas, sem resultados satisfatórios; • Sintomas Complexos: Pacientes que apresentam múltiplos sintomas urinários associados, como incontinência urinária, necessidade de urinar frequentemente à noite (nictúria), perda de urina aos esforços, etc., cuja causa não é clara após avaliação inicial; • Avaliação Pré-Cirúrgica Específica.
P1	• Incontinência urinária (por estresse ou urgência); • Condições Neurológicas: Disfunção vesical de origem neurogênica primária ou adquirida, que necessita de avaliação detalhada para evitar danos ao sistema urinário superior; • Obstrução na bexiga ou uretra; • Bexiga hiperativa; • Infecções urinárias recorrentes; • ITU com disfunções miccionais na criança; • Enurese primária complicada; • Antecedentes cirúrgicos na pelve/radioterapia; • Incontinência Urinária Mista; • Prostatismo.

Profissionais solicitantes: Ginecologistas, Obstetras, Radiologistas, Clínicos gerais.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico ginecológico. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário. Resultados de exames ginecológicos prévios, se disponíveis.

EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE - combina a radiografia abdominal, que estuda órgãos como fígado, rins e intestinos, com a radiografia pélvica, focada nos ossos do quadril, sacro e cóccix, sendo útil para investigar dores, obstruções, cálculos renais, fraturas e outras emergências, avaliando gases, calcificações e a posição de dispositivos, sem exigir jejum, mas exigindo remoção de metais e roupas confortáveis.

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) - é um exame de Raios-X que usa diferentes ângulos (Ântero-Posterior, Lateral, e/ou Localizado) para criar imagens do abdômen, essencial para diagnosticar condições urgentes como obstruções, perfurações, cálculos, e para detectar gases ou corpos estranhos, sendo rápido e útil em emergências. O exame geralmente não exige preparo, mas pode ter variações dependendo da suspeita clínica, como a necessidade de o paciente estar em pé (ortostase) para ver níveis hidroaéreos, e é crucial para avaliar o abdômen agudo.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.011-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de abdomen (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	
P0	• Abdômen Agudo Perfurativo: A busca por pneumoperitônio (gás livre na cavidade abdominal, visível abaixo do diafragma em radiografias em pé) é um achado crítico que indica perfuração de uma víscera oca e exige cirurgia imediata; • Abdômen Agudo Obstrutivo: Suspeita de obstrução intestinal, que pode ser causada por aderências (bridas), volvo ou outras massas; • Trauma Abdominal com suspeita de lesões intra-abdominais, a radiografia (frequentemente complementada por outros exames) auxilia na avaliação inicial; • Localização de Corpo Estranho: A radiografia é útil para localizar a posição de corpos estranhos ingeridos ou inseridos.
P1	• Avaliação inicial de certas suspeitas de cálculos urinários sintomáticos, embora a sensibilidade seja limitada e outros métodos sejam preferíveis; • Acompanhamento de dispositivos médicos (como <i>stents</i> ou cateteres) ou materiais cirúrgicos; • Investigação de massas abdominais ou distensão quando métodos como ultrassom não estão disponíveis ou são inconclusivos;

- Suspeita de patologias ósseas na região abdominal/pélvica (como fraturas ou tumores).

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE TRÊS INCIDÊNCIAS) - essenciais para detectar ar livre (perfuração), níveis hidroaéreos (obstrução) e outras alterações em casos de dor abdominal intensa, sendo uma ferramenta de baixo custo e alta acessibilidade, apesar da tomografia ser mais completa.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.012-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE TRÊS INCIDÊNCIAS)

P0

- Pneumoperitônio;
- Níveis Hidroaéreos Anormais e Distensão de Alças: Indicam obstrução intestinal;
- Sinais de Isquemia Vascular ou isquemia mesentérica: Embora menos visíveis na radiografia simples, a presença de calcificações vasculares pode levantar suspeitas, que serão melhor investigadas com outros métodos de imagem, como a tomografia computadorizada;
- Avaliação Rápida para Triage: A radiografia é um exame de baixo custo e rápida execução, funcionando como triagem inicial para decidir se a investigação prosseguirá com métodos mais específicos, como ultrassom ou tomografia, que têm maior acurácia para a maioria dos diagnósticos inflamatórios.

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) - útil para diagnosticar dores, gases, obstruções, cálculos, e detectar corpos estranhos, sendo frequentemente feita deitado (decúbito dorsal) ou em pé (ortostase) para visualizar melhor níveis de gás ou líquido, e requer preparo como jejum e laxantes para limpar o intestino, além de um avental de chumbo para proteger áreas não examinadas, especialmente em grávidas.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.013-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de abdomen simples (AP)

P0

- Suspeita de Obstrução Intestinal: A presença de distensão abdominal e níveis hidroaéreos anormais nas alças intestinais são sinais claros que requerem avaliação imediata;
- Perfuração de Viscera Oca: A detecção de ar livre na cavidade abdominal (pneu-

	moperitônio), especialmente sob as cúpulas diafragmáticas (visível em incidência ortostática, frequentemente parte da rotina de abdômen agudo), é um sinal de emergência cirúrgica; • Presença de Corpos Estranhos: Em casos de ingestão ou inserção de objetos estranhos que possam causar lesões ou obstruções, a localização rápida é crucial; • Suspeita de Cálculo Renal ou Biliar: Embora a radiografia simples tenha limitações para todos os tipos de cálculos, ela pode identificar cálculos radiopacos (geralmente de cálcio) que causam dor intensa (cólica renal); • Avaliação Pós-Procedimento/Cirúrgica: Verificação da posição de tubos, cateteres, sondas ou avaliação de complicações após cirurgias abdominais; • Trauma Abdominal: Em certos cenários de trauma, para avaliação inicial de lesões ósseas, acúmulo de líquido (sinais indiretos) ou corpos estranhos (projéteis, etc.).
P1	• Suspeita de litíase urinária (cálculos renais ou vesicais): A radiografia pode ajudar a identificar cálculos radiopacos (visíveis ao Raio X); • Avaliação de corpos estranhos conhecidos ou suspeitos no trato gastrointestinal que não representem risco imediato de perfuração ou obstrução; • Monitoramento de tubos, cateteres e outros dispositivos médicos, como cateteres nasoentéricos, posicionados no abdômen ou pelve; • Acompanhamento da progressão do contraste em exames seriados do trato gastrointestinal (como enema ou serografia); • Avaliação inicial de distensão abdominal e padrões de gases em pacientes com sintomas crônicos ou intermitentes; • Investigação de massas abdominais ou alterações no contorno de órgãos (como fígado, baço, rins), embora métodos como ultrassom e tomografia sejam mais sensíveis para essas condições; • Avaliação incidental de estruturas ósseas (coluna lombar, pelve, quadris) para alterações como fraturas, tumores ou sinais de doença metabólica óssea.

RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO - é um exame de Raio X contrastado que usa bário para visualizar a anatomia, forma e função do trato digestivo superior, diagnosticando problemas como refluxo, úlceras, hérnias, estreitamentos ou tumores, através da ingestão de um contraste que reveste os órgãos para um melhor detalhamento das imagens, sendo um método simples e não invasivo.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.014-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de estômago e duodeno

P0	• Suspeita de perfuração gastrointestinal: Esta é uma contraindicação para o uso do contraste de bário, mas a radiografia simples ou com contraste iodado (solúvel em água) pode ser necessária urgentemente para confirmar a perfuração e a presença de fístulas; • Sinais de Alarme: Presença de sintomas sugestivos de doença neoplásica (câncer), como perda de peso não intencional, dificuldade progressiva para engolir (disfagia), ou massas palpáveis; • Obstrução gastrointestinal alta aguda: Pacientes com sinais e sintomas de obstrução, como vômitos persistentes e incapacidade de reter líquidos, podem necessitar de avaliação urgente para identificar o local e a causa da obstrução; • Sangramento gastrointestinal ativo e significativo: Embora a endoscopia seja frequentemente o método de escolha para diagnóstico e tratamento de sangramento superior, em certas indisponibilidades ou contraindicações, a radiografia pode ser usada para auxiliar na localização; • Ingestão de corpo estranho com suspeita de impactação aguda: Se houver suspeita de que um objeto esteja bloqueando o esôfago ou estômago, uma radiografia pode ser prioritária para localizar o objeto.
P1	• Idade e Início dos Sintomas dispépticos (indigestão, dor abdominal superior) após os 45-50 anos, especialmente se persistentes após tratamento clínico inicial; • Histórico de Sangramento digestivo (não agudo) sem uma investigação endoscópica prévia recente; • Sintomas gastrointestinais superiores persistentes (dor abdominal, náuseas, vômitos) que não melhoraram com o tratamento clínico em pacientes mais jovens (abaixo de 45 anos); • Acompanhamento de Patologias: Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores, como úlceras pépticas complicadas, ou condições com potencial de transformação maligna (por exemplo, metaplasia intestinal, gastrite atrófica); • Suspeita de Anormalidades Anatômicas: Suspeita de hérnias de hiato, divertículos ou estreitamentos (estenoses) que afetam a função digestiva.

RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO) - é um exame de Raio X que usa um contraste oral (bário) para acompanhar a passagem dos alimentos pelo intestino delgado, avaliando sua anatomia (tamanho e forma) e motilidade (funcionamento), ajudando a diagnosticar

problemas como obstruções, inflamações (Doença de Crohn), má absorção, e alterações no movimento intestinal, através de radiografias sequenciais tiradas enquanto o contraste se move pelo sistema.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.015-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de intestino delgado (TRANSITO)	
P0	• Suspeita de Obstrução Intestinal; • Abdome Agudo Obstrutivo; • Avaliação Pós-operatória Imediata para verificar a permeabilidade do intestino ou detectar complicações precoces, como deiscência de sutura ou fístulas; • Síndrome do Intestino Curto: Embora o exame de trânsito intestinal seja frequentemente usado para acompanhamento crônico nesta síndrome, a prioridade pode ser aumentada se houver suspeita de complicações agudas.
P1	• Má absorção e Diarreia Crônica; • Sangramento Gastrointestinal de Origem Obscura; • Anomalias Congênitas ou Estruturais do intestino; • Dor abdominal crônica ou de origem indeterminada; • Anemia por deficiência de ferro ou sangramento gastrointestinal (SGI) de origem inexplicada, após resultados negativos de endoscopia e colonoscopia; • Suspeita ou monitoramento de doença inflamatória intestinal, como a Doença de Crohn, para avaliar a extensão da doença ou a resposta ao tratamento; • Avaliação de síndromes de má absorção (malabsorção); • Suspeita de tumor (neoplasia) ou pólipos no intestino delgado, quando a suspeita não é de uma emergência (ex: obstrução completa).

RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) - é um exame de radiografia avançado para estudar o intestino delgado, onde se usa um contraste positivo (bário/iodo) para revestir a mucosa e um contraste negativo (ar/gás) para preencher o lúmen, criando imagens detalhadas que revelam obstruções, inflamações (como Crohn), tumores ou outras alterações, sendo uma técnica que proporciona uma visualização superior à radiografia convencional do delgado.

- Código SIA/SUS: 02.04.0.5016-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia p/ estudo do delgado c/ duplo contraste (ENTEROCLISE)

P0	A prioridade para a realização da enteróclise é determinada pelo médico solicitante com base na gravidade dos sintomas e na suspeita clínica. Em casos de obstrução intestinal completa ou perfuração, a enteróclise com contraste é contraindicada, e exames de imagem de emergência, como a tomografia computadorizada (TC) simples ou com contraste intravenoso, são preferidos.
P1	- Doença inflamatória intestinal (como Doença de Crohn): Para avaliar a extensão, a atividade e a presença de complicações, como estreitamentos (estenoses) ou fístulas; - Obstrução intestinal parcial ou intermitente: Para identificar a localização e a natureza de bloqueios que não são completamente obstrutivos; - Neoplasias (tumores): Para detectar a presença de tumores benignos ou malignos no intestino delgado; - Sangramento gastrointestinal de origem obscura: Quando a fonte do sangramento no trato digestivo médio não é encontrada por outros métodos, como endoscopia ou colonoscopia; - Síndromes de má absorção crônicas: Para identificar alterações na estrutura da parede intestinal que possam explicar a dificuldade de absorção de nutrientes.

EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO

RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) - é um exame de Raio X que tira imagens detalhadas das duas órbitas oculares, para investigar fraturas ósseas, inflamações, infecções, corpos estranhos, tumores e outras alterações nos globos oculares e estruturas adjacentes, como nervos e músculos, ajudando no diagnóstico de problemas que afetam a visão ou a face.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.003-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia bilateral de orbitas (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)

P0	- Trauma craniofacial agudo: Suspeita de fraturas orbitais (como a fratura por "blow-out" do assoalho da órbita); - Perda Súbita ou Progressiva da Visão: Embora a radiografia simples possa não ser o exame mais detalhado para o nervo óptico (RM ou TC são superiores), em um cenário de emergência, pode ajudar a descartar causas ósseas ou a presença de corpos estranhos metálicos; - Trauma Ocular Severo;
-----------	--

	• Proptose (Olho Saltado) Aguda: Se associada a dor intensa ou sinais inflamatórios, pode indicar um processo que requer avaliação imediata; • Identificação de Corpos Estranhos Radio-opacos.
P1	• Avaliação de condições crônicas ou suspeitas sem urgência: Investigação de doenças oculares progressivas, malformações congênitas não agudas ou monitoramento de condições pré-existentes; • Planejamento pré-operatório de cirurgias programadas; • Busca por corpos estranhos sem sinais de perfuração imediata ou infecção grave: Se houver suspeita de um corpo estranho que não cause sintomas agudos ou risco de perda visual iminente, o exame pode ser agendado eletivamente; • Sintomas visuais inespecíficos ou de progressão lenta: Dores de cabeça crônicas, alterações visuais graduais sem uma causa óbvia de emergência.

RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) -é um exame de Raio X que foca na visualização detalhada do osso malar (maçã do rosto) e do arco zigomático, estruturas cruciais para a anatomia facial, sendo usada para diagnosticar fraturas, traumas, deformidades ou infecções na região, auxiliando médicos e dentistas no planejamento de tratamentos ou cirurgias faciais e odontológicas.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.004-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de arcada zigomatico-malar (AP+ OBLIQUAS)	
P0	• Trauma Facial; • Sinais Clínicos de Fratura tais como: - Edema significativo: Inchaço acentuado na área afetada. - Perda de projeção: Afundamento visível do osso zigomático. - Dor intensa ou deformidade. - Equimoses/hematomas: Sangramento no globo ocular (equimoses conjuntivais) ou hematomas palpebrais.
P2	• Trauma facial antigo, com sinais sugestivos de fratura.

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL - exame de Raio X que cria imagens detalhadas das duas ATMs (a junção entre sua mandíbula e crânio) para diagnosticar problemas como dor, estalos, dificuldade para abrir a boca, fraturas, artrites ou

disfunções (DTM), avaliando o osso e o movimento das articulações com a boca aberta e fechada em ambos os lados, sendo essencial para planejar tratamentos.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.005-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de articulacao temporo-mandibular bilateral	
P0	• Travamento da mandíbula: Dificuldade em abrir ou fechar a boca completamente; • Suspeita de fraturas ou lesões; • Planejamento pré-cirúrgico ou avaliação pós-tratamento; • Trauma Facial Recente; • Luxação Aguda e Irredutível; • Limitação Severa e Súbita de Abertura/Fechamento da Boca: Dificuldade extrema e repentina de movimentar a mandíbula, especialmente se acompanhada de dor intensa. • Dor intensa e incontrolável.
P1	• Disfunção da ATM (DTM); • Dor ao mastigar: Dor significativa ou persistente na região da mandíbula ou face; • Estalos ou ruídos articulares, especialmente se associados a dor ou limitação de movimento; • Dor Intensa e Persistente; • Limitação Funcional Significativa: Dificuldade acentuada na abertura ou fechamento da boca, travamento (luxação ou subluxação) recorrente da mandíbula ou alterações na oclusão que prejudicam as atividades diárias; • Sintomas Neurológicos Associados: Presença de zumbido, dor de cabeça frequente, dor facial crônica ou sensação de pressão no rosto, que podem estar relacionados à disfunção da ATM; • Suspeita de Alterações Estruturais: Avaliação de contornos anatômicos (côndilo mandibular, fossa mandibular, eminência articular) em casos de suspeita de trauma, doença degenerativa articular (osteoartrite) ou condições inflamatórias.

RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) - exame de imagem que usa raios-X para ver a região atrás do nariz e do céu da boca, chamada nasofaringe, sendo usado principalmente para avaliar o tamanho da adenoide e sua influência na respiração, especialmente em crianças com ronco, respiração bucal ou congestão nasal. Ele mostra estruturas como a adenoide (tecido linfóide) e a coluna de ar na faringe, ajudando a diagnosticar hipertrofia adenoideana (adenoides aumentadas) e problemas respiratórios.

- Código SIA/SUS: 02.04.0.1006-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de cavum (LATERAL + HIRTZ)	
P0	• Obstrução grave e aguda das vias aéreas superiores tais como dificuldade respiratória severa e súbita, que pode indicar um aumento extremo da adenoide; • Suspeita de fratura óssea ou lesão traumática na região da nasofaringe ou ossos da face; • Sinais de infecção grave com comprometimento estrutural tais como suspeita de abscesso retrofaríngeo ou outras infecções graves que causem inchaço e possam obstruir as vias aéreas, necessitando de um diagnóstico rápido para tratamento; • Sintomas neurológicos agudos: Em casos raros onde a obstrução crônica do sono é tão severa que leva a "má oxigenação cerebral adequada", podendo causar déficits neurológicos ou cognitivos agudos.
P1	• Distúrbios do Sono e Respiração Bucal; • Infecções Recorrentes: Pacientes com histórico de infecções de ouvido (otites) ou sinusites frequentes, onde se suspeita que o aumento das adenoides possa ser um fator contribuinte; • Problemas Ortodônticos/Maxilofaciais: Avaliação da "síndrome da face longa", onde a respiração bucal crônica pode afetar o crescimento ósseo facial e o alinhamento dos dentes; • Avaliação Estrutural: A incidência de Hirtz especificamente é utilizada para visualizar a base do crânio, os seios paranasais e os arcos zigomáticos, ajudando a identificar problemas estruturais nessas áreas.

RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ) - exame de imagem que usa raios X para criar fotos detalhadas dos ossos do crânio, diagnosticando fraturas, tumores, infecções, deformidades congênitas (de nascença) e avaliando a pressão intracraniana, sendo útil para detectar problemas ósseos, mas menos comum hoje devido à tomografia e ressonância, embora ainda usada para fraturas e condições específicas.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.007-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de crânio (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	
P0	• Trauma Craniano Significativo; • Alteração do Nível de Consciência: Piora do estado neurológico, medida pela Esca-

	la de Coma de Glasgow (ECG). Um ECG abaixo de 13 a 15, ou qualquer piora seriada, é um sinal de alerta grave; • Sinais e Sintomas Neurológicos Focais: Fraqueza em um lado do corpo, alterações visuais, convulsões ou outros déficits neurológicos; • Sinais Clínicos de Fratura de Crânio: Presença de sangramento pelo nariz ou ouvidos (otorragia/rinorragia), hematoma periorbital ("olhos de guaxinim"), ou sinal de Battle (hematoma atrás da orelha), que sugerem fratura da base do crânio; • Sinais de Hipertensão Intracraniana (HIC): Cefaleia intensa, vômitos em jato, ou edema de papila.
P1	• Suspeita de Problemas Estruturais/Anomalias: Avaliação de anomalias congênitas ou problemas estruturais nos ossos da face e do crânio; • Investigação de Dores Persistentes; • Avaliação Pré-operatória/Planejamento Cirúrgico; • Acompanhamento de Doenças Ósseas Crônicas: Monitoramento da progressão de certas doenças ósseas ou condições metabólicas que afetam o crânio; • Busca por Corpos Estranhos ou Calcificações Específicas; • Avaliação de Fraturas Antigas/Consolidação.

RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) - é um exame de imagem que usa raios X para criar fotos detalhadas dos ossos do crânio, diagnosticando fraturas, tumores, infecções, deformidades congênitas (de nascença) e avaliando a pressão intracraniana, sendo útil para detectar problemas ósseos, mas menos comum hoje devido à tomografia e ressonância, embora ainda usada para fraturas e condições específicas.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.008-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de crânio (PA + LATERAL)	
P0	• Trauma Cranioencefálico (TCE) significativo; • Perda de Consciência ou Amnésia Pós-Traumática; • Vômitos Persistentes; • Sinais Neurológicos Focais; • Rebaixamento do Nível de Consciência; • Convulsões: Início de atividade convulsiva após o trauma ou sem histórico prévio; • Suspeita Clínica de Fratura de Crânio; • Déficit de Memória de Curto Prazo.

P1	• Avaliação de certas doenças ósseas sistêmicas (como doença de Paget ou mieloma múltiplo) que afetam a estrutura do crânio; • "Skeletal Survey" (levantamento esquelético) para investigações específicas, como suspeita de abuso infantil (em conjunto com outros exames) ou certas displasias esqueléticas; • Planejamento pré-operatório para cirurgias de face ou correção de deformidades congênitas, onde uma visão geral da estrutura óssea é necessária antes de um planejamento mais detalhado com TC; • Avaliação de seios da face em casos crônicos (embora a TC seja superior, a radiografia pode ser usada como triagem inicial).
P2	• Cefaleias (dores de cabeça) persistentes ou inespecíficas.

RADIOGRAFIA DE LARINGE - exame de imagem não invasivo que usa raios-X para criar "fotos" detalhadas da laringe e estruturas próximas (hipofaringe, pescoço), ajudando a diagnosticar inflamações, tumores, fraturas e outras alterações nas partes moles, sendo um método rápido, indolor e essencial para a avaliação otorrinolaringológica e respiratória.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.009-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de laringe	
P0	• Dificuldade respiratória grave (dispneia): Especialmente se houver uso de musculatura acessória ou agitação; • Respiração ruidosa (estridor); • Suspeita de corpo estranho: Se houver início súbito de desconforto respiratório, tosse intensa ou restrição na fala após possível aspiração ou ingestão de um objeto, a radiografia (se o objeto for radiopaco/metálico) ou outros exames de imagem são urgentes para localização e remoção; • Trauma cervical: Lesões penetrantes ou contusas no pescoço que possam ter afetado a estrutura da laringe ou a permeabilidade das vias aéreas; • Alterações na coloração da pele e mucosas (cianose ou palidez): Indicando má oxigenação; • Sintomas sistêmicos graves: Como febre alta, dor intensa na garganta e dificuldade para engolir (disfagia) em casos de infecções graves como epiglotite (embora a radiografia lateral do pescoço seja menos comum hoje em dia, o quadro clínico é de emergência).

P1	• Sintomas Persistentes: Rouquidão (disfonia) que persiste por um período prolongado (geralmente mais de 2-4 semanas); • Sinais de Alerta (Sintomas menos urgentes que emergência): ◦ Dificuldade leve a moderada para engolir (disfagia). ◦ Dor de garganta persistente ou dor referida no ouvido sem causa óbvia. ◦ Sensação de corpo estranho na garganta. • Fatores de Risco: Pacientes com histórico de tabagismo e consumo de álcool, que apresentam os sintomas acima, têm prioridade maior devido ao risco elevado de câncer de laringe; • Acompanhamento de Doenças Crônicas: Monitoramento de pacientes com lesões benignas conhecidas (como pólipos ou nódulos) para avaliar a progressão ou resposta a tratamentos não cirúrgicos; • Pré-operatório Eletivo.
----	---

RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para estudo da mastóide e rochedos, bilateralmente

- Código SIA/SUS: 02.04.01.010-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de mastoide / rochedos (BILATERAL)	
P0	• Sintomas de mastoidite aguda; • Secreção no ouvido: Drenagem contínua ou recorrente de pus do canal auditivo; • Sinais neurológicos: Suspeita de disseminação da infecção para estruturas intracranianas, o que pode incluir dor de cabeça intensa, rigidez de nuca, alterações de consciência, ou paralisia facial; • Complicações suspeitas: Suspeita de formação de abscesso subperiosteal (acúmulo de pus sob a pele e osso atrás da orelha) ou trombose de seio venoso; • Trauma: Em casos de lesões na cabeça ou ouvido que possam ter afetado o osso temporal; • Alguns tipos de tumores ou lesões ósseas.
P1	• Infecções crônicas: Como a mastoidite crônica; • Anormalidades estruturais: Incluindo malformações congênitas.

RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para estudo do maxilar utilizando as incidências antero-posterior e oblíqua.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.011-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de maxilar (PA + OBLIQUA)	
P0	• Traumatismo Craniofacial; • Suspeita de Fraturas: Diagnóstico e confirmação de fraturas mandibulares (corpo, ângulo, ramo, côndilo) ou do maxilar, o que pode ser evidenciado pela perda da continuidade da cortical óssea; • Dor Intensa e Incontrolável; • Infecção ou Inflamação Aguda (Abscessos/Celulite): Presença de inchaço, vermelhidão e/ou secreção purulenta que sugira uma infecção grave (como necrose oral ou infecção apical) com potencial de disseminação para outras áreas (ex: tecidos moles da face, estruturas do pescoço); • Sangramento Ativo e Incontrolável; • Luxação ou Avulsão Dentária: Traumas que resultem na saída completa (avulsão) ou deslocamento (luxação) do dente do seu alvéolo, exigindo avaliação e implante rápidos, se aplicável.
P1	• Avaliação de patologias conhecidas como cistos, tumores ou outras lesões ósseas identificadas previamente; • Planejamento de procedimentos odontológicos/cirúrgicos; • Investigação de sintomas crônicos: Casos de dor facial crônica, disfunção da articulação temporomandibular (ATM) ou problemas nos seios da face que não foram totalmente esclarecidos por exames iniciais ou métodos menos complexos; • Avaliação ortodôntica; • Suspeita de anomalias de desenvolvimento.

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para estudo dos ossos da face utilizando as incidências nas posições pósterio-anterior em mento-naso, perfil e hirtz (submentovértice).

- Código SIA/SUS: 02.04.01.012-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de ossos da face (MN + LATERAL + HIRTZ)

P0	- Suspeita de Fraturas Graves: Identificação ou suspeita clínica de fraturas nos ossos da face (malare, arcos zigomáticos, maxila, mandíbula, ossos nasais) resultantes de trauma de alta energia; - Comprometimento das Vias Aéreas: Qualquer indício de que o trauma ou as lesões associadas possam obstruir, ou comprometer as vias aéreas do paciente; - Lesões Oculares ou Orbitais: Suspeita de fratura de órbita (blow-out fracture) ou lesões que possam afetar a visão; - Sangramento Ativo e Incontrolável; - Alterações Neurológicas: Traumas na face frequentemente se associam a lesões cranianas, e alterações do nível de consciência ou sinais neurológicos focais; - Deformidade Facial Evidente: Fraturas deslocadas que causam deformidade facial óbvia e que requerem intervenção cirúrgica imediata; - Dor Intensa e Disfunção: Dor severa e incapacidade de abrir/fechar a boca (sugerindo fratura de mandíbula ou côndilo) ou mastigar; - Avaliação de Lesões e Tumores: Verificação da presença e extensão de cistos, tumores ósseos ou outras lesões na região facial.
P1	- Planejamento Cirúrgico: Obtenção de imagens detalhadas para o planejamento de cirurgias ortopédicas, maxilofaciais ou plásticas reparadoras. - Localização de Corpos Estranhos.
P2	Investigação de Inflamações Crônicas: Diagnóstico e acompanhamento de sinusites crônicas ou outras patologias inflamatórias dos seios paranasais.

RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para estudo da órbita utilizando as incidências antero-posterior, lateral, oblíquas e de hirtz (submentovértice) para subsidiar a localização de um corpo estranho.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.013-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de regio orbitaria (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	
P0	- História de Trauma Penetrante; - Sinais e Sintomas Graves: - Diminuição súbita ou perda da visão - Dor intensa e persistente que não melhora com analgésicos comuns

	○ Perfuração visível ou suspeita: Presença de uma ferida aberta no olho ou na pálpebra ○ Sinais inflamatórios acentuados: Edema (inchaço) grave da pálpebra, hiperemia (vermelhidão intensa) conjuntival e sinais de infecção local ○ Deslocamento do globo ocular (proptose ou enoftalmia) ou restrição da movimentação ocular ○ Pupila de formato irregular ou alteração na profundidade da câmara anterior do olho ● Natureza do Corpo Estranho: A suspeita ou confirmação de que o objeto é uma bateria (devido ao risco de vazamento químico grave em poucas horas) ou material orgânico (como madeira, que tem alto risco de infecção bacteriana/fúngica grave) exige ação imediata para remoção precoce. ● Corpo Estranho Retido: Quando o objeto está (ou parece estar) preso no olho e não pode ser removido facilmente por lavagem simples.
--	--

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para de seios da face utilizando as incidências pa em fronto-naso, pa em mento-naso, perfil e hirtz (submento vértice) com especial interesse nos seios paranasais, além de outras indicações.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.014-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de seios da face (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)

P0	● Sintomas neurológicos graves: Febre alta (acima de 39°C), dor de cabeça intensa e progressiva, alterações do estado mental, sinais de meningite ou suspeita de abscesso cerebral; ● Complicações orbitárias: Inchaço ou vermelhidão ao redor dos olhos, dor ao movimentar os olhos, proptose (olho saltado) ou alterações visuais, que podem indicar celulite orbitária ou abscesso subperiosteal; ● Extensão da infecção: Suspeita de osteomielite (infecção óssea) ou trombose do seio cavernoso; ● Traumatismo facial grave; ● Piora progressiva: Pacientes com sintomas de sinusite que pioram após um período de melhora inicial ou que não respondem à antibioticoterapia inicial.
-----------	--

P1	• Avaliação de casos crônicos (sintomas persistentes por mais de 10-12 semanas); • Suspeita de anormalidades anatômicas ou variações que possam requerer intervenção cirúrgica posterior (embora a Tomografia Computadorizada seja superior para este fim); • Planejamento pré-operatório (novamente, a TC é o padrão-ouro).
----	--

RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) - consiste na realização de procedimento utilizando a técnica de exame de imagem com raios x para estudo da sela tursica utilizando as incidências anteroposterior, perfil e bretton (semi-axial ântero-posterior).

- Código SIA/SUS: 02.04.01.015-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de sela tursica (PA + LATERAL + BRETTON)

P0	• Alterações visuais súbitas ou graves: Especialmente perda de campo visual (hemi-anopsia bitemporal), que pode indicar compressão do quiasma óptico por um tumor hipofisário em expansão; • Sintomas neurológicos agudos: Dor de cabeça intensa e súbita (sinal de apoplexia hipofisária – sangramento ou infarto da glândula), confusão mental, náuseas e vômitos inexplicados; • Sinais de aumento da pressão intracraniana: Edema de papila, que pode estar associado a uma massa significativa na região; • Instabilidade endócrina aguda: Suspeita de insuficiência adrenal aguda (crise adrenal) devido a hipopituitarismo grave, embora isso seja principalmente um diagnóstico clínico e laboratorial; • Suspeita de tumores hipofisários (adenomas), que podem causar alterações no tamanho ou formato da sela túrcica; • Alterações hormonais de origem central, como distúrbios de crescimento (gigantismo ou nanismo) ou puberdade precoce.
P1	• Anomalias congênitas na anatomia da base do crânio que afetam a região hipofisária; • Sintomas neurológicos inespecíficos ou distúrbios endócrinos cuja causa precisa ser investigada por imagem; • Suspeita de síndrome da sela vazia, condição na qual a glândula hipófise encolhe ou fica achatada.

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING) - consiste no exame radiológico complementar com a finalidade de aprimorar o diagnóstico, principalmente para verificar a presença de cáries dentárias.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.021-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia interproximal (BITE WING)	
P0	• Em geral, a maioria das urgências odontológicas agudas, como infecções apicais (abscessos), traumas dentários com avulsão ou luxação, ou dor severa com secreção purulenta, são melhor diagnosticadas com o auxílio de uma radiografia periapical, que mostra toda a extensão do dente e o osso ao redor da raiz, e não apenas a coroa. - Portanto, a prioridade urgente para uma <i>bite-wing</i> especificamente se limita a casos em que a patologia suspeita está confinada à região coronária ou cervical do dente e causa dor ou desconforto significativos. • Dor aguda e localizada em um dente posterior (molar ou pré-molar) sem causa visível clinicamente, sugerindo uma cárie profunda ou lesão secundária sob uma restauração; • Suspeita de infiltração extensa sob uma restauração existente na região interproximal, causando sensibilidade ou dor intensas; • Avaliação de fratura da coroa do dente posterior (embora a radiografia periapical seja muitas vezes mais indicada para avaliar a raiz e o osso circundante em casos de trauma); • Edema (inchaço) localizado na gengiva marginal ou papila interdental, que possa estar associado a cálculo subgengival ou a uma cárie avançada, necessitando de uma avaliação rápida da condição óssea inicial na crista alveolar.
P1	• Controle Periodontal: Avaliação da crista óssea alveolar e perda óssea inicial, permitindo o diagnóstico precoce de doenças periodontais; • Pacientes de Risco: Para pacientes com alto risco de desenvolver cáries, o exame pode ser recomendado com maior frequência (intervalos menores), enquanto para pacientes de baixo risco, o intervalo pode ser maior (18 a 36 meses).
P2	• Diagnóstico de Cáries; • Avaliação de Restaurações; • Pacientes de Risco: Para pacientes com alto risco de desenvolver cáries, o exame

	pode ser recomendado com maior frequência (intervalos menores), enquanto para pacientes de baixo risco, o intervalo pode ser maior (18 a 36 meses); • Novos Pacientes: Frequentemente indicada para novos pacientes, associada ou não a uma radiografia panorâmica, para um levantamento completo da saúde bucal; • Acompanhamento: Monitoramento da progressão de lesões de cárie que não foram tratadas imediatamente, para decidir o melhor momento para intervir.
--	---

RADIOGRAFIA OCLUSAL - consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde registram-se imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.016-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia oclusal	
P0	• Trauma e Fraturas: Avaliação imediata de suspeita de fraturas na maxila ou mandíbula, para determinar a localização e extensão exata da lesão óssea; • Corpos Estranhos: Localização de objetos estranhos que possam ter se alojado nos tecidos moles ou ossos da boca ou assoalho da boca; • Trismo: Em pacientes que apresentam dificuldade severa ou incapacidade de abrir a boca (trismo) devido a dor, inchaço ou lesão, a radiografia oclusal é uma das poucas técnicas que podem ser realizadas para examinar a área; • Suspeita de Cálculos Salivares (Sialolitos); • Extensão de Lesões Agudas: Determinar rapidamente a extensão medial e lateral de lesões, cistos ou tumores de crescimento rápido que causam sintomas agudos ou comprometimento de estruturas adjacentes; • Dentes Impactados/Inclusos sintomáticos.
P1	• Localização de dentes inclusos, supranumerários ou extranumerários; • Avaliação de lesões ósseas; • Estudo de anomalias de crescimento e desenvolvimento ósseo em crianças; • Avaliação do assoalho da boca para cálculos salivares (sialolitos); • Planejamento de próteses totais.

RADIOGRAFIA 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.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.017-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia panorâmica	
P0	• Pacientes Imunocomprometidos: Indivíduos que necessitam de tratamento odontológico prévio a transplantes ou tratamentos oncológicos (quimioterapia/radioterapia), onde infecções bucais podem representar um risco de vida; • Gestantes: Quando o exame é absolutamente necessário, deve ser realizado com a máxima proteção e justificativa clínica; • Sintomatologia Dolorosa: Dentes inclusos, semi-inclusos ou anquilosados que causam dor espontânea ou reabsorção óssea; • Trauma: Suspeita de fraturas ósseas na maxila ou mandíbula após um trauma; • Patologias Ósseas: Suspeita de cistos, tumores ou outras patologias ósseas que necessitem de avaliação imediata; • Agenesia Dental Múltipla: Suspeita de ausência congênita de vários dentes permanentes após o período normal de erupção.
P1	• Planejamento Ortodôntico ou Cirúrgico Geral: Avaliação de dentes inclusos ou impactados para cirurgia eletiva sem dor; • Avaliação Periodontal: Em casos onde a justificativa clínica confirma a necessidade do exame, mas sem urgência imediata.
P2	• Check-up Geral: Exame de triagem geral para avaliação do crescimento e desenvolvimento dental ou detecção de lesões assintomáticas.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL - consiste no exame radiológico complementar com a finalidade de aprimorar o diagnóstico, verificando a presença de lesões periapicais, perda ósseas entre outras doenças que se manifestam no tecido duro da maxila ou mandíbula.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.022-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia periapical	
P0	• Dor Aguda e Intensa severa e persistente, que pode indicar pulpite irreversível ou necrose pulpar; • Suspeita de Infecção/Inflamação Apical: A presença de inchaço (edema), vermelhidão (eritema) ou supuração (pus) na gengiva ou tecidos moles adjacentes sugere um abscesso dentário agudo, que é uma emergência infecciosa; • Trauma Dental Recente;

	• Avaliação Pós-Cirúrgica Imediata; • Exacerbação Aguda de Doença Periodontal: Em casos de dor intensa e mobilidade dental que sugiram um abscesso periodontal.
P1	• Planejamento ortodôntico: Utilizada para avaliar a condição das raízes, nível ósseo e a presença de dentes não irrompidos antes de iniciar um tratamento ortodôntico; • Avaliação periodontal: No acompanhamento da perda óssea em doenças periodontais crônicas, onde a progressão é lenta e não há um quadro inflamatório agudo; • Controle pós-tratamento: Verificação da eficácia de tratamentos de canal (endodônticos) realizados anteriormente ou avaliação da integração de implantes dentários após a fase inicial de cicatrização; • Diagnóstico de lesões crônicas: Avaliação de lesões periapicais crônicas (cistos ou granulomas) que são assintomáticas e já estão estabelecidas, permitindo um planejamento cirúrgico ou endodôntico adequado; • Avaliação pré-operatória (não urgente).
P2	• Rastreamento e avaliação de rotina: Para pacientes assintomáticos, como parte de um <i>check-up</i> odontológico abrangente (exame de triagem geral), a fim de detectar patologias subclínicas.

TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADOS E SEM TRAÇADOS - radiografia em forma lateral do crânio com imagem do perfil mole do paciente, utilizada para fazer mensurações angulares e lineares das análises cefalométricas. áreas de maior aplicabilidade: ortopedia funcional dos maxilares, ortodontia e cirurgia ortognática.

- Código SIA/SUS: 02.04.01.020-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Teleradiografia com tracados e sem tracados

P0	• Determinada pela presença de achados críticos ou inesperados que exijam ação clínica imediata para evitar danos graves ao paciente; • Trauma dentário: Luxação ou avulsão de dentes permanentes; • Infecção severa: Abscessos orais com dor e secreção purulenta que possam estar associados a problemas ósseos ou dentários subjacentes; • Impactação com risco: Caninos permanentes impactados que estão colocando em risco as raízes dos incisivos adjacentes; • Problemas respiratórios: Em casos de suspeita de apneia obstrutiva do sono, onde a telerradiografia lateral pode ajudar a avaliar as vias aéreas, pode haver um critério de prioridade maior para o diagnóstico; • Dor severa e persistente.
P1	Não se aplica
P2	• Consultas iniciais ou periódicas de rotina; • Planejamento de tratamento eletivo (a maioria dos casos ortodônticos);
P3	• Preocupações estéticas.

EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) - exame de imagem que usa radiação para criar fotos detalhadas das sete vértebras do pescoço, avaliando sua estrutura óssea, espaços discais e alinhamento para diagnosticar fraturas, traumas, desalinhamentos, artrose, hérnias de disco e outras condições cervicais.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.003-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna cervical (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	
P0	• Trauma de Alto Impacto; • Déficit Neurológico: Presença de dormência, fraqueza, paralisia ou qualquer alteração na sensibilidade ou função motora nos membros superiores ou inferiores após um trauma; • Dor Significativa na Linha Média da Coluna Cervical: Dor intensa ao toque ou movimento na parte posterior do pescoço, especialmente se associada a um mecanismo de lesão perigoso;

	- Alteração do Nível de Consciência: Pacientes que não estão totalmente alertas ou que sofreram perda de consciência após o incidente, o que pode mascarar sintomas de lesão na coluna; - Lesões Distrativas: Presença de outras lesões graves (ex: fraturas de ossos longos, lesões abdominais) que possam distrair o paciente da dor cervical; - Sinais de intoxicação: Pacientes sob efeito de álcool ou drogas, cuja avaliação clínica da dor e sensibilidade é prejudicada.
P1	- Déficit Neurológico: Presença de dormência, fraqueza, paralisia ou qualquer alteração na sensibilidade ou função motora nos membros superiores ou inferiores de longa data; - Cervicalgia e Cervicobraquialgia Persistentes: Dor na região do pescoço que irradia para os braços, sem sinais de alerta para condições graves ou instabilidade aguda; - Incapacidade Funcional: Quando há limitação progressiva dos movimentos do pescoço, sem causa traumática recente, e a avaliação da mobilidade precisa ser detalhada. - Planejamento Pré-operatório.
P2	- Avaliação de Processos Degenerativos: Documentação de alterações ósseas, osteófitos (bicos de papagaio) e redução do espaço discal, comuns em pacientes com queixas crônicas; - Suspeita de Alterações Morfológicas ou Estruturais: Avaliação de curvaturas anormais (como escoliose cervical), espondilose ou outras anomalias congênitas; - Monitoramento de Condições Crônicas: Acompanhamento da progressão de doenças inflamatórias ou outras patologias conhecidas.

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) - exame de imagem que usa radiação para criar fotos detalhadas das sete vértebras do pescoço, avaliando sua estrutura óssea, espaços discais e alinhamento para diagnosticar fraturas, traumas, desalinhamentos, artrose, hérnias de disco e outras condições cervicais.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.004-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna cervical (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	
P0	- Trauma de Alto Impacto; - Déficit Neurológico: Presença de dormência, fraqueza, paralisia ou qualquer altera-

	ção na sensibilidade ou função motora nos membros superiores ou inferiores após um trauma; • Dor Significativa na Linha Média da Coluna Cervical: Dor intensa ao toque ou movimento na parte posterior do pescoço, especialmente se associada a um mecanismo de lesão perigoso; • Alteração do Nível de Consciência: Pacientes que não estão totalmente Alertas ou que sofreram perda de consciência após o incidente, o que pode mascarar sintomas de lesão na coluna; • Alterações Morfológicas ou Estruturais: Avaliação de curvaturas anormais (como escoliose cervical), espondilose ou outras anomalias congênitas; • Monitoramento de Condições Crônicas: Acompanhamento da progressão de doenças inflamatórias ou outras patologias conhecidas. • Lesões Distrativas: Presença de outras lesões graves (ex: fraturas de ossos longos, lesões abdominais) que possam distrair o paciente da dor cervical; • Sinais de Intoxicação: Pacientes sob efeito de álcool ou drogas, cuja avaliação clínica da dor e sensibilidade é prejudicada.
P1	• Rastreamento de Metástases: Em pacientes com histórico de malignidade (câncer) e dor, para rastreamento de possíveis metástases ósseas, embora outros exames como a ressonância magnética possam ser mais adequados nesses casos. • Pós-operatório: Acompanhamento da evolução após cirurgias prévias na coluna cervical, para verificar a posição de implantes ou a consolidação óssea; • Déficit Neurológico: Presença de dormência, fraqueza, paralisia ou qualquer alteração na sensibilidade ou função motora nos membros superiores ou inferiores de longa data; • Cervicalgia e Cervicobraquialgia Persistentes: Dor na região do pescoço que irradia para os braços, sem sinais de alerta para condições graves ou instabilidade aguda; • Incapacidade Funcional: Quando há limitação progressiva dos movimentos do pescoço, sem causa traumática recente, e a avaliação da mobilidade precisa ser detalhada. • Planejamento Pré-operatório.
P2	• Avaliação de Processos Degenerativos: Documentação de alterações ósseas, osteófitos (bicos de papagaio) e redução do espaço discal, comuns em pacientes com queixas crônicas; • Suspeita de Alterações Morfológicas ou Estruturais: Avaliação de curvaturas anormais (como escoliose cervical), espondilose ou outras anomalias congênitas;

- Monitoramento de Condições Crônicas: Acompanhamento da progressão de doenças inflamatórias ou outras patologias conhecidas.

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA - é um exame de Raio X que avalia a estabilidade e o movimento do pescoço em diferentes posições (flexão e extensão), identificando instabilidades, desalinhamentos ou compressões que não aparecem em exames estáticos, sendo crucial para diagnosticar causas de dor crônica, traumas, e problemas neurológicos.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.005-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna cervical FUNCIONAL / DINAMICA

P0	• Trauma com Suspeita de Instabilidade; • Sintomas Neurológicos Progressivos: Pacientes com dor intensa e sinais neurológicos que estão piorando rapidamente; • Avaliação Pós-Fratura Estável; • Doenças Inflamatórias/Reumáticas: Em pacientes com certas condições médicas, como artrite reumatoide grave, que podem desenvolver instabilidade atlantoaxial (entre C1 e C2), a avaliação dinâmica pode ser necessária se houver sintomas agudos.
P1	• Cervicalgia Crônica: Dor persistente na região do pescoço que não melhora com tratamentos conservadores, onde se suspeita de um componente de instabilidade mecânica e prejuízo nas atividades de vida diárias; • Cervicobraquialgia: Dor que irradia do pescoço para os braços, sugerindo compressão nervosa ou alterações discais que podem variar com o movimento; • Avaliação Pós-Trauma: Em pacientes com histórico de trauma cervical (como acidentes de carro), mas que não apresentam sinais de alerta graves que exijam avaliação de emergência imediata por outros métodos (como tomografia). O exame dinâmico é útil para descartar instabilidades ocultas; • Alterações Degenerativas; • Suspeita de Hérnia de Disco: Embora a ressonância magnética seja superior para tecidos moles, o exame dinâmico pode mostrar a relação entre as estruturas ósseas e a alteração discal durante o movimento; • Incapacidade Funcional: Quando o paciente relata limitações significativas nos movimentos de flexão e extensão do pescoço;

	Avaliação Pré-operatória.: Para determinar a extensão da fusão necessária ou o tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado em casos de instabilidade vertebral documentada.
P2	Cervicalgia Crônica: Dor persistente na região do pescoço que não melhora com tratamentos conservadores, onde se suspeita de um componente de instabilidade mecânica sem prejuízo nas atividades de vida diárias.

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA - exame de Raio X que foca na região inferior da coluna, analisando a coluna lombar (L1-L5), o osso sacro e o cóccix, para investigar dores, fraturas, hérnias de disco, escoliose, artrose, tumores e outras condições degenerativas ou traumáticas, usando diferentes posições (incidências) para uma visão completa das vértebras e articulações.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.006-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna lombo-sacra	
P0	- Trauma de Alto Impacto; - Sinais Neurológicos Graves: Déficits neurológicos progressivos ou súbitos, como fraqueza muscular importante (dificuldade em mover pernas ou pés contra a gravidade), dormência, formigamento ou paralisia nos membros inferiores; - Disfunção Esfincteriana: Perda súbita ou alteração do controle da bexiga (retenção ou incontinência urinária) ou do intestino (incontinência fecal); - Anestesia em Sela: Dormência na região perianal, inguinal e glútea, semelhante à área que entra em contato com uma sela de cavalo; - Febre e Sinais de Infecção: Dor lombar acompanhada de febre e sinais de toxemia, o que pode indicar osteomielite (infecção óssea) ou abscessos; - Perda de Peso Inexplicada: Em pacientes com dor lombar crônica, a perda de peso não intencional pode ser um sinal de alerta para tumores;
P1	- Dor Lombar Inflamatória: Dor que não melhora com repouso, piora à noite e melhora com a atividade física, podendo indicar doenças inflamatórias; - Idade Avançada ou Fatores de Risco: Pacientes com mais de 50 anos com dor lombar de início recente sem causa aparente, ou pacientes com histórico de osteoporose ou uso de corticosteroides a longo prazo, que têm maior risco de fraturas por compressão.

P2	Dor lombar Crônica que não melhora com tratamentos conservadores, onde se suspeita de um componente de instabilidade mecânica sem prejuízo nas atividades de vida diárias.
----	--

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) - exame de Raio X que foca na região inferior da coluna (lombar e sacro), usando ângulos (oblíquos) específicos para visualizar detalhadamente as articulações intervertebrais e outras estruturas ósseas, fundamental para diagnosticar problemas como fraturas, espondilolistese (deslizamento vertebral), artrose e alterações degenerativas que não são bem vistas nas vistas normais, auxiliando no planejamento de tratamentos.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.007-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna lombo-sacra (C/ OBLIQUAS)	
P0	- Trauma de Alto Impacto; - Sinais de Alerta Neurológicos Progressivos: - Perda súbita e/ou progressiva de força (fraqueza muscular extrema) em uma ou ambas as pernas - Dormência ou perda de sensibilidade em áreas específicas, especialmente a região perianal, genital e parte interna das coxas (anestesia em sela) - Alterações na função da bexiga ou intestinos, como incontinência ou retenção urinária (sugerindo a síndrome da cauda equina, uma emergência cirúrgica) - Sinais Sistêmicos de Doença Grave: - Febre inexplicada, perda de peso não intencional ou histórico de câncer com dor importante em região lombo-sacra - Suspeita de infecção espinhal (espondilodiscite) ou abscesso epidural espinhal, que pode causar sintomas do tipo ciática, dormência ou paralisia - Dor Intensa e Inexplicável que não melhora com repouso, analgésicos ou outras medidas conservadoras, especialmente se piorar à noite. - Comprometimento da Integridade Estrutural: Suspeita de instabilidade vertebral grave ou deslizamento significativo de uma vértebra sobre a outra (espondilolistese de alto grau).

P1	- Dor lombossacral crônica que não melhora com repouso, analgésicos ou outras medidas conservadoras, especialmente se piorar à noite; - Espondilolise e Espondilolistese; - Avaliação de Articulações Zigoapofisárias: Para investigar doenças degenerativas ou inflamatórias que afetam especificamente essas articulações; - Dor Lombar Crônica: Em casos de dor lombar persistente sem causa óbvia nas radiografias simples de frente e perfil, as oblíquas podem revelar patologias ocultas. - Planejamento Cirúrgico.
P2	Dor lombar Crônica que não melhora com tratamentos conservadores, onde se suspeita de um componente de instabilidade mecânica sem prejuízo nas atividades de vida diárias.

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA - exame de Raio X que avalia a estabilidade e mobilidade da região inferior da coluna (lombar e sacral) através de imagens tiradas em diferentes posições de movimento (flexão e extensão), identificando instabilidades, desalinhamentos (como listeses) e compressões nervosas que não são visíveis em um Raio X estático, sendo crucial para o diagnóstico de condições como espondilolistese instável e outras alterações que afetam o movimento.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.008-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna lombo-sacra FUNCIONAL / DINAMICA	
P0	- Suspeita de Fratura Instável: Em um contexto de trauma, se houver suspeita clínica ou radiográfica inicial (em incidências estáticas) de uma fratura que possa ser instável com o movimento; - Déficit Neurológico Agudo: Pacientes que apresentam subitamente fraqueza muscular, dormência, perda de controle da bexiga ou intestinos (sinais de compressão nervosa ou medular grave) após um trauma ou com dor lombar severa; - Avaliação Pós-operatória Imediata de Instabilidade: Em casos muito específicos onde uma cirurgia de coluna recente levanta suspeitas de falha na fixação, causando instabilidade.
P1	Avaliação de Espondilolistese: Quantificar o grau de deslizamento e sua variação durante a flexão e extensão para determinar a estabilidade da coluna, principalmen-

te quando há prejuízo importante nas atividades de vida diárias ou laborais;

- Suspeita de Instabilidade Pós-traumática;
- Avaliação pré-operatória eletiva;
- Planejamento Cirúrgico.

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) - é um exame de Raio X que tira "fotos" da sua coluna dorsal (do meio das costas) em duas posições principais: Anteroposterior (AP), de frente para trás, e Lateral, de lado, para ver as vértebras e discos intervertebrais, ajudando a diagnosticar fraturas, escoliose, desalinhamentos, inflamações e degenerações ósseas, como bicos de papagaio.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.009-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna toracica (AP + LATERAL)

P0	• Trauma de Alto Impacto; • Déficit Neurológico Focal: Presença de sintomas como perda de força, dormência, formigamento, ou alterações de sensibilidade nos membros ou tronco, o que pode indicar compressão da medula espinhal ou raízes nervosas agudos; • Dor Torácica Intensa e Persistente: Dor severa que não melhora com repouso ou medicação, especialmente se associada a outros sinais de alerta; • Suspeita de Fratura Instável: Achados clínicos que sugerem uma fratura que comprometa a estabilidade da coluna, como desalinhamento vertebral; • Politraumatizados: Em pacientes com múltiplas lesões, a radiografia de tórax e pelve AP é um exame primário no atendimento de emergência para identificar lesões com risco de vida; • Sinais de Alerta (Bandeiras Vermelhas): ○ Febre, perda de peso inexplicada ou histórico de câncer (pode indicar tumor ou infecção) ○ Imunossupressão ou uso de esteroides a longo prazo ○ Idade avançada com nova dor • Sintomáticos respiratórios com alta suspeita de tuberculose pulmonar; • Alta suspeita de câncer pulmonar; • Alta suspeita de metástases pulmonares.
P1	• Déficit Neurológico Focal: Presença de sintomas como perda de força, dormência, formigamento, ou alterações de sensibilidade nos membros ou tronco, o que pode

	indicar compressão da medula espinhal ou raízes nervosas crônicas, com prejuízo nas atividades de vida diárias ou laborais; • Avaliação de alterações posturais: Como escoliose ou cifose, para acompanhamento da progressão em pacientes, principalmente em idade de crescimento, ou para avaliação pré-cirúrgica; • Suspeita de patologias degenerativas: Identificação de osteoartrite ou alterações relacionadas ao envelhecimento que causam sintomas progressivos; • Monitoramento de doenças ósseas conhecidas: Acompanhamento de condições como osteoporose (com suspeita de fraturas por compressão antigas) ou espondilite anquilosante; • Avaliação pré-operatória eletiva.
P2	• Déficit Neurológico Focal: Presença de sintomas como perda de força, dormência, formigamento, ou alterações de sensibilidade nos membros ou tronco, o que pode indicar compressão da medula espinhal ou raízes nervosas, crônicas.

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR - é um exame de imagem que usa raios X para criar fotos detalhadas da transição entre a coluna torácica (meio das costas) e a lombar (parte inferior das costas), útil para identificar fraturas, desvios (como escoliose), alterações degenerativas (artrose), e desalinhamentos vertebrais, sendo um exame rápido e acessível para investigar dores e traumas nesta região.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.010-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna toraco-lombar	
P0	• Trauma de Alto Impacto; • Déficit Neurológico Progressivo: Perda de força muscular, dormência ou formigamento progressivos e incapacitantes nos braços, pernas ou tronco; • Síndrome da Cauda Equina ou Compressão Medular: Caracterizada por perda de controle da bexiga ou intestinos (incontinência ou retenção urinária), anestesia em sela (perda de sensibilidade na região genital e glúteos), e fraqueza grave nas pernas. Esta é uma emergência médica absoluta; • Dor Intensa Refratária; • Sinais de Alerta para Câncer ou Infecção: ○ Histórico de neoplasia (câncer) com suspeita de metástase para a coluna ○ Febre inexplicada, calafrios ou perda de peso não intencional associados à

	dor nas costas - Imunossupressão (pacientes em quimioterapia, transplantados, ou usuários de drogas ilícitas endovenosas) com dor na coluna - Idade Avançada: Pacientes com mais de 60 anos, especialmente mulheres com histórico de osteoporose e fraturas sem trauma significativo.
P1	- Sintomas Persistentes: Dores na coluna que não melhoram com tratamentos conservadores (repouso, medicação) por um período prolongado; - Limitação Funcional ou laboral importantes; - Sintomas Neurológicos de longa data, porém progressivos: Presença de formigamento, dormência, perda de força nos membros ou alterações na sensibilidade, que podem indicar compressão nervosa.
P2	Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave
P3	Não se aplica

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA - exame de Raio X que avalia a estabilidade, alinhamento e mobilidade da coluna vertebral em movimento, capturando imagens em diferentes posições (como flexão e extensão), diferentemente de um Raio X comum que mostra a coluna estática, sendo crucial para diagnosticar instabilidade vertebral, escorregamentos (espondilolistese) e outras condições ortopédicas que só aparecem durante o movimento, com o objetivo de ver o quanto uma vértebra se desloca em relação à outra, indicando um pior prognóstico se o movimento for excessivo.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.011-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de coluna toraco-lombar dinamica	
P0	- Presença de sintomas neurológicos agudos ou graves associados a problemas na coluna (como dormência súbita, fraqueza muscular progressiva, ou perda de controle da bexiga/intestino); - Trauma recente grave na coluna toraco-lombar.
P1	Avaliação de instabilidade: Determinar se há movimento excessivo (instabilidade)

	entre as vértebras adjacentes durante a flexão (inclinando para frente) e extensão (inclinando para trás); - Acompanhamento de espondilolistese; - Dor lombar persistente: Investigar a origem de dores na região torácica ou lombar que não melhoram com tratamentos conservadores e com prejuízo nas atividades de vida diárias ou laborais; - Sintomas neurológicos progressivos (sem urgência): Avaliar a potencial deformidade do forame intervertebral que pode levar a alterações neurológicas, mas apenas se o quadro não for agudo ou grave.
P2	- Suspeita de alterações nas curvaturas: Auxiliar no planejamento de tratamento para condições como escoliose, onde incidências adicionais de lateralização podem ser usadas; Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA - é um exame de imagem que usa raios-X para criar uma foto detalhada da base da coluna vertebral, incluindo o sacro e o cóccix, avaliando fraturas, desalinhamentos, doenças degenerativas (como artrose), infecções, tumores ou outras anomalias nessa área, sendo crucial para diagnosticar dores e problemas nessa região inferior da coluna, como após quedas ou traumas.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.012-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia de região sacro-coccigea	
P0	- Trauma Direto Significativo; - Sinais Neurológicos Focais; - Dor Intensa e Incapacitante: Dor que não alivia com medicação e impede o movimento ou a capacidade de sentar ou andar; - Suspeita de Fratura Instável ou Deslocamento; - Sinais de Infecção Grave: Febre alta, vermelhidão, inchaço e calor local, especialmente em pacientes imunocomprometidos ou com histórico recente de procedimentos na área.

P1	• Dor crônica (coccidia): Principal indicação para investigação, quando a dor persiste por um período prolongado e a causa não foi identificada por outros meios; • Suspeita de fratura ou luxação: Embora fraturas agudas possam ser urgentes, casos subagudos ou suspeitas menos evidentes são avaliados eletivamente; • Avaliação de patologias do sacro e cóccix, incluindo alterações congênitas; • Pós-operatório: Acompanhamento da consolidação óssea ou da posição de implantes, se aplicável; • Insucesso de tratamento conservador: Quando medidas não cirúrgicas (repouso, medicação, fisioterapia) não resolvem os sintomas, o exame de imagem é solicitado para um planejamento mais aprofundado.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: • A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta • Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial • Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DA CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL - exame de imagem que utilizam baixas doses de radiação para criar fotos detalhadas da articulação do quadril, mostrando a junção entre a cabeça do fêmur (osso da coxa) e o acetábulo (parte da bacia), sendo usada para diagnosticar fraturas, luxações, artrose (desgaste), displasias e monitorar próteses ou inflamações.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.006-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL

P0	• Trauma de Alto Impacto; • Suspeita de Fratura ou Luxação: Sinais clínicos como dor intensa, incapacidade de suportar peso na perna afetada, deformidade visível do quadril ou da perna, e/ou mobilidade extremamente limitada sugerem uma fratura ou luxação; • Dor Aguda e Sinais de Instabilidade: Dor súbita e excruciante no quadril ou virilha, acompanhada de instabilidade da articulação, pode indicar uma emergência; • Sinais de Infecção Grave (Artrite Séptica): Febre, dor intensa, inchaço e vermelhidão na área do quadril, com incapacidade de movimentar a articulação, podem indicar
-----------	---

	uma infecção que necessita de diagnóstico e tratamento urgentes; Deterioração Neurológica ou Vascular.
P1	- Intensidade da Dor: Níveis elevados de dor, especialmente dor noturna ou em repouso, de longa data; - Comprometimento da Função e Mobilidade: Dificuldade significativa em caminhar, realizar atividades diárias (como vestir-se, usar o banheiro) ou a necessidade de dispositivos de assistência (bengalas, muletas); - Falha do Tratamento Conservador; - Gravidade Radiológica: Embora os sintomas sejam primordiais, a gravidade das alterações observadas na radiografia (como estreitamento do espaço articular, esclerose subcondral, osteófitos, cistos ou deformidade óssea) é um fator determinante na decisão do tratamento; - Impacto nas Atividades Profissionais/Cuidado.
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA - exame de Raio X que usa baixas doses de radiação para criar imagens da articulação entre o osso sacro (base da coluna) e os ossos ilíacos (bacia), avaliando inflamações, fraturas, degenerações e outras condições que causam dor lombar ou no quadril, sendo um procedimento rápido e indolor, crucial para diagnósticos como sacroiliíte.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.007-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	
P0	- Trauma Severo; - Instabilidade Hemodinâmica: Pacientes com suspeita de fratura pélvica grave frequentemente apresentam sangramento interno significativo e instabilidade circulatória, o que é uma emergência com risco de vida; - Sinais Neurológicos Focais: Dor intensa acompanhada de déficits neurológicos agudos nos membros inferiores ou disfunção intestinal/urinária (sugerindo lesão ner-

	vosa ou da cauda equina); • Dor Aguda Intensa e Incapacitante: Dor súbita e excruciante na região lombar baixa, quadris ou nádegas que impede o movimento, especialmente após um evento traumático específico;
P1	• Suspeita de Espondiloartrite Axial (incluindo Espondilite Anquilosante): Principal indicação, especialmente em pacientes jovens com dor lombar inflamatória crônica (duração superior a três meses, que melhora com o exercício e não alivia com o repouso); • Osteoartrite ou alterações degenerativas: Em pacientes com dor crônica na região pélvica/lombar, para avaliar a presença de desgaste articular, que há prejuízo nas atividades de vida diárias ou laborais; • Avaliação de alterações biomecânicas: Quando há suspeita de disfunção da articulação sacroilíaca que pode estar associada a problemas em outras articulações (joelho, tornozelo).
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: • A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta • Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial • Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA - exame de imagem rápido e indolor que usa radiação para visualizar os ossos e a articulação do tornozelo, conectando a tíbia e o tálus sendo essencial para diagnosticar fraturas, luxações, artrite, artrose e outras condições que afetam o tornozelo.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.008-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	
P0	Critérios de Urgência (Regras de Ottawa): • Incapacidade de suportar peso: O paciente é incapaz de andar quatro passos consecutivos imediatamente após a lesão e na avaliação médica inicial (mesmo mancando) • Dor à palpação óssea específica incluindo:

	○ Borda posterior ou ponta do maléolo lateral (fíbula) ○ Borda posterior ou ponta do maléolo medial (tíbia) ○ Base do quinto metatarso (osso no meio do pé) ○ Osso navicular (osso no meio do pé) Além das Regras de Ottawa, outros sinais que indicam a necessidade de avaliação médica urgente e potencial radiografia incluem: ● Deformidade óbvia, luxação visível ou desalinhamento da articulação ● Edema (inchaço) e dor intensos: Embora inchaço e dor sejam comuns em entorses, a intensidade extrema pode sugerir uma lesão mais grave ● Ruptura total dos ligamentos ● Exposição óssea
P1	● Sequelas de fraturas antigas: Avaliação de consolidação óssea ou de dor persistente após tratamento inicial (pós-operatórios tardios sintomáticos); ● Suspeita de processos degenerativos: Sinais e sintomas de osteoartrite (artrose) que evoluem lentamente e causam dor crônica, mas não aguda ● Patologias álgicas crônicas: Dores no pé e tornozelo de longa duração (meses ou anos) que não foram causadas por um trauma recente e não apresentam sinais de infecção ou lesão grave com comprometimento das atividades de vida diárias ou laborais; ● Acompanhamento de condições pré-existentes: Monitoramento de doenças inflamatórias ou outras patologias estáveis.
P2	● Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ● A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ● Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ● Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave ● Avaliação de deformidades: Casos de pé chato (pes planus) ou outras alterações estruturais sem dor intensa ou incapacidade aguda; ● Patologias álgicas crônicas: Dores no pé e tornozelo de longa duração (meses ou anos) que não foram causadas por um trauma recente e não apresentam sinais de infecção ou lesão grave sem comprometimento das atividades de vida diárias ou la-

borais.

RADIOGRAFIA DE BACIA - exame de imagem que usa raios-X para criar fotos detalhadas dos ossos da pelve, articulações do quadril e sacro, sendo fundamental para diagnosticar fraturas, infecções, tumores, displasias (como a congênita da anca) e doenças degenerativas como artrose, permitindo visualizar traumas, inflamações e deformidades ósseas de forma rápida, indolor e eficaz.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.009-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE BACIA

P0	• Pacientes politraumatizados: Em vítimas de trauma grave (como acidentes de trânsito ou quedas de grande altura), a radiografia de bacia faz parte do exame primário (protocolo ABCDE) para identificar rapidamente fraturas ou luxações que possam causar hemorragia interna grave e instabilidade hemodinâmica; • Dor pélvica intensa após trauma; • Incapacidade de suportar peso ou movimentar a perna: Dificuldade ou incapacidade de se mover ou ficar em pé após um incidente sugere lesão óssea ou articular significativa (como fratura de colo de fêmur, comum em idosos com osteoporose) que necessita de intervenção rápida; • Sinais clínicos de lesão grave tais como fraturas expostas, deformidades óbvias na região da bacia ou quadril, ou a presença de outros sinais que sugiram um comprometimento vascular ou neurológico associado à lesão.
P1	• Intensidade dos Sintomas: Pacientes com dor no quadril ou nas costas que limita significativamente as atividades diárias ou laborais, mas que não configuram uma emergência; • Impacto na Mobilidade: Dificuldade de movimento ou suspeita de problemas que possam levar a uma perda de mobilidade no futuro (como artrose avançada); • Suspeita de Patologias Progressivas: Investigação de doenças como espondilite anquilosante, artrite inflamatória, ou pesquisa de tumores benignos ou malignos e metástases, onde o diagnóstico precoce pode alterar o curso da doença; • Planejamento Cirúrgico; • Falha de Tratamentos Prévios: Quando tratamentos conservadores (fisioterapia, medicamentos) não apresentam melhora, a radiografia é necessária para reavaliar a condição.

P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave
-----------	---

RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - exame de imagem que usa raios X para visualizar o osso do calcanhar (calcâneo), fundamental para diagnosticar fraturas, esporões ósseos (crescimento anormal), inflamações, problemas degenerativos, e tumores, sendo essencial para identificar a causa de dores persistentes ou traumas no pé. O procedimento é rápido, indolor e avalia o maior osso do pé sob diferentes ângulos, como perfil (lateral) e frente (anteroposterior).

- Código SIA/SUS: 02.04.06.010-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	
P0	- Trauma de Alta Energia; - Dor Intensa e Súbita e excruciante no calcanhar imediatamente após o trauma; - Incapacidade de Suportar Peso no membro acometido; - Deformidade Visível ou Lesão Exposta; - Sinais Neurológicos ou Vasculares Comprometidos: Suspeita de lesão associada a danos nos nervos ou vasos sanguíneos da região do pé e tornozelo.
P1	- Dor crônica significativa e dificuldade para caminhar ou realizar atividades diárias e/ou laborais podem ter prioridade maior do que aqueles com sintomas leves ou intermitentes. - Suspeita de Lesões Específicas: A suspeita clínica de certas condições pode acelerar o exame. Por exemplo: - Fraturas por estresse; - Exclusão de Patologias Osteoarticulares Graves; - Impacto no Tratamento proposto, sem resposta satisfatória; - Falha de Tratamentos Prévios.
P2	Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais.

Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE COXA - exame de imagem não invasivo que usa uma pequena dose de radiação para criar fotos detalhadas do fêmur (osso da coxa) e das articulações próximas (quadril e joelho), sendo usada para diagnosticar fraturas, luxações, inflamações, tumores ou desgastes ósseos, além de monitorar a recuperação pós-cirúrgica.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.011-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE COXA

P0	• Investigação de Tumores: Diagnóstico, estadiamento ou acompanhamento de tumores ósseos ou processos expansivos na região da coxa; • Trauma de Alto Impacto; • Suspeita de Fratura Exposta; • Deformidade Óssea Visível; • Incapacidade de Suportar Peso do lado acometido; • Comprometimento Neurovascular: Sinais de lesão nos nervos ou vasos sanguíneos, como palidez, ausência de pulso, dormência ou formigamento abaixo do local da lesão; • Dor Intensa e Incontrolável; • Instabilidade Hemodinâmica: Em casos de fraturas graves (como do fêmur), pode haver perda de sangue significativa, levando a sinais de choque.
P1	• Dor Crônica: Dor na região da coxa ou quadril que persiste por um período prolongado (geralmente mais de 6 meses) e não melhora com tratamento clínico otimizado (como fisioterapia ou medicação) e que compromete as atividades de vida diárias e/ou laborais; • Avaliação de Osteoartrite; • Acompanhamento Pós-tratamento cirúrgicos prévios; • Má Formação Congênita; • Sintomas sem Comprometimento Imediato.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou la-

borais.

Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) - exame de Raio X que captura imagens do joelho de frente para trás (Anteroposterior - AP) e de lado (Perfil/Lateral) para avaliar as estruturas ósseas, identificar fraturas, artrite, desalinhamentos, artrose e outras condições, oferecendo uma visão 3D da articulação. O AP mostra o alinhamento geral, enquanto o Lateral foca na patela e relação dos ossos, sendo crucial para um diagnóstico completo.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.012-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)

P0	• Trauma de Alto Impacto; • Incapacidade de Suportar Peso; • Dor Intensa e Persistente que não alivia com medidas básicas (repouso, gelo) e é desproporcional ao que seria esperado de uma lesão leve; • Deformidade Visível ou Luxação; • Inchaço (Edema) Súbito e Significativo; • Sinais de Comprometimento Neurovascular; • Suspeita de Fratura Exposta.
P1	• Intensidade e Duração da Dor: Dor crônica (geralmente com duração superior a 6 meses) que não melhora com tratamento clínico otimizado; • Limitação significativa das atividades diárias e/ou laborais, dificuldade para caminhar ou realizar movimentos básicos do joelho, que afetam a qualidade de vida do paciente; • Sinais e Sintomas Específicos: ○ Suspeita de osteoartrite (artrose) com potencial indicação cirúrgica ○ Deformidades visíveis que comprometam a função da articulação ○ Histórico de trauma local prévio que não foi devidamente investigado ou que evoluiu com sintomas persistentes ○ Sinais que sugiram uma doença articular inflamatória (como artrite reumatoide)

	Falha do Tratamento Conservador: A ausência de melhora após um período de tratamento não cirúrgico (fisioterapia, medicamentos, etc.) estabelecido em protocolo (ex: 6 meses).
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) - exame de Raio X que usa três ângulos diferentes (Anteroposterior, Lateral e Axial) para criar imagens detalhadas do joelho e da patela (rótula), útil para diagnosticar fraturas, artrose (desgaste), deslocamentos e problemas de alinhamento, avaliando fêmur, tíbia e a articulação femoropatelar, sendo essencial para investigar dores persistentes no joelho.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.013-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	
P0	- Suspeita de Fratura: Dor intensa e incapacidade de suportar peso após um trauma (por exemplo, queda ou acidente) são sinais clássicos de possível fratura óssea. A radiografia é o exame inicial para identificar fraturas nos ossos do joelho (fêmur, tíbia ou patela); - Luxação Articular: Quando o joelho ou a patela sai do lugar (luxação ou subluxação), a situação é considerada uma emergência ortopédica. O joelho fica visivelmente deformado, muito dolorido e inchado, e o paciente não consegue movimentá-lo; - Instabilidade Aguda: Em casos de lesões recentes onde há uma sensação clara de que o joelho está "cedendo" ou "falseando" de forma incontrolável, especialmente se houver suspeita de lesões ligamentares graves associadas a uma possível lesão óssea; - Sinais Neurológicos ou Vasculares.
P1	Intensidade e Duração da Dor: Dor crônica (geralmente com duração superior a 6

	meses) que não melhora com tratamento clínico otimizado; • Instabilidade Patelofemoral; • Avaliação de Lesões por Uso Excessivo/Sobrecarga: Identificação de condições como tendinopatias (embora o Raio X mostre principalmente alterações ósseas) ou alterações ósseas relacionadas ao estresse; • Limitação significativa das atividades diárias e/ou laborais, dificuldade para caminhar ou realizar movimentos básicos do joelho, que afetam a qualidade de vida do paciente; • Sinais e Sintomas Específicos: ○ Suspeita de osteoartrite (artrose) com potencial indicação cirúrgica ○ Deformidades visíveis que comprometam a função da articulação ○ Histórico de trauma local prévio que não foi devidamente investigado ou que evoluiu com sintomas persistentes ○ Sinais que sugiram uma doença articular inflamatória (como artrite reumatoide) • Falha do Tratamento Conservador: A ausência de melhora após um período de tratamento não cirúrgico (fisioterapia, medicamentos, etc.) estabelecido em protocolo (ex: 6 meses).
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) - é um conjunto detalhado de imagens de Raio X do joelho, tiradas de múltiplos ângulos (incidências) para uma avaliação completa da rótula (patela) e da articulação, identificando fraturas, deslocamentos, desgaste (artrose), alinhamento e outras patologias ósseas, sendo fundamental para diagnosticar dores persistentes no joelho.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.014-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	
P0	• Trauma de alta energia;

	• Suspeita de fratura óssea; • Suspeita de luxação articular: Desalinhamento óbvio da articulação ou da patela (rótula). • Instabilidade grave: Sensação de que o joelho "cede" ou está "frouxo" imediatamente após uma lesão, sugerindo possível lesão ligamentar grave associada a uma instabilidade; • Sinais de infecção grave (osteomielite).
P1	• Suspeita de Afecções Degenerativas; • Avaliação de Fraturas ou Lesões Osteocondrais Antigas; • Sinais de Doenças Inflamatórias ou Infecciosas Crônicas; • Pesquisa de Calcificações Heterotópicas; • Dor Patelar Crônica (Síndrome da Dor Femoropatelar); • Planejamento Pré-Operatório.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ - exame de imagem não invasivo que usa radiação para criar fotos detalhadas dos ossos, articulações e tecidos moles do pé e dedos, identificando fraturas, luxações, desalinhamentos, tumores, artrites ou outras deformidades, sendo essencial para diagnósticos ortopédicos, feito em diferentes ângulos (AP, perfil, oblíquo) para uma análise completa.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.015-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	
P0	• Dor intensa e súbita: Especialmente se a dor impede o apoio do pé no chão ou a movimentação dos dedos após um trauma (por exemplo, queda, impacto, torção); • Deformidade visível; • Inchaço (edema) e hematoma significativos: Que se desenvolvem rapidamente após uma lesão; • Sinais de lesão aberta (fratura exposta): Presença de ferida na pele com suspeita

	de comunicação com o osso; • Perda de sensibilidade ou palidez; • Incapacidade de suportar peso.
P1	• Gravidade dos sintomas: Dor persistente e limitante que não melhora com tratamento conservador; • Impacto na qualidade de vida/funcionalidade: Incapacidade de realizar atividades diárias ou de trabalho devido à condição do pé/dedos; • Quando a avaliação clínica não é suficiente para um plano de tratamento (ex: suspeita de fraturas por estresse, deformidades, corpos estranhos, ou avaliação de pé plano/cavo que requer visualização com carga); • Necessidade de planejamento cirúrgico.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE PERNA - exame de imagem não invasivo que usa raios X para criar fotos detalhadas dos ossos (tíbia e fíbula) e tecidos moles da perna, servindo para diagnosticar fraturas, infecções, tumores, deformidades e avaliar o comprimento das pernas, sendo um procedimento rápido e indolor, essencial para a avaliação ortopédica.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.016-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE PERNA	
P0	• Trauma de alta energia; • Suspeita de fratura exposta; • Comprometimento neurovascular; • Deformidade óbvia e grave; • Instabilidade hemodinâmica: Paciente com sinais vitais alterados (ex: taquicardia, pressão baixa) após o trauma, sugerindo possível hemorragia interna associada; • Dor intensa e incontrolável; • Suspeita de patologias graves: Investigação de tumores (diagnóstico, estadiamento)

	e acompanhamento) ou processos expansivos.
P1	- Investigação de dor crônica: Quando a investigação inicial já foi realizada na atenção básica e não houve um diagnóstico conclusivo, principalmente se compromete as atividades de vida diárias ou laborais; - Planejamento de tratamento ou cirurgia; - Monitoramento de má formação congênita ou evolução de tratamentos anteriores.
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO - exame de imagem simples e rápido que usa raios-X para criar fotos detalhadas dos ossos (rádio e ulna) e articulações do antebraço, cotovelo e punho, fundamental para diagnosticar fraturas, luxações, deformidades e outras doenças ósseas, avaliando o alinhamento e a cicatrização após traumas ou cirurgias, sendo um exame de primeira linha para avaliação de dores e inchaços na região.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.001-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	
P0	- Suspeita de Fratura pós trauma; - Luxação Visível ou Suspeita; - Deformidade Óssea Óbvia; - Dor Intensa e Incapacidade de Movimento; - Ferimentos Perfurocortantes com Suspeita de Corpo Estranho; - Sinais Neurovasculares Comprometidos.
P1	- Ausência de Trauma Recente (quando não houver histórico de queda, lesão aguda ou ferimento perfurocortante recente); - Sintomas Crônicos: Investigação de condições de longa data, como suspeita de doenças ósseas, artrite, tumores (com indicação clínica não urgente), cistos ou infecções que evoluem lentamente;

	• Avaliação pré-operatória; • Acompanhamento Pós-operatório ou de Tratamento; • Estabilidade Clínica: O paciente apresenta sinais vitais estáveis, sem dor intensa e controlada por medicação, e sem comprometimento neurovascular (formigamento, palidez, perda de movimento).
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - exame que visualiza a junção na parte superior do ombro entre a clavícula e a escápula (acrômio), detectando fraturas, luxações, artrose (desgaste), e outras lesões ou anormalidades, sendo essencial para diagnosticar a causa da dor e limitação de movimento nessa área, fundamental para os movimentos do braço.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.002-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	
P0	• Trauma de alta energia; • Suspeita de lesões concomitantes graves; • Instabilidade óbvia e grave; • Comprometimento neurovascular; • Pele comprometida (fratura exposta).
P1	• Avaliação de osteoartrite; • Dor crônica ou persistente: Investigação de dor na região do ombro que não está associada a um trauma recente ou a sinais de instabilidade grave, e que não melhora com tratamentos conservadores iniciais (fisioterapia, medicamentos), com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Acompanhamento pós-tratamento conservador; • Planejamento cirúrgico para casos não urgentes.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou la-

borais.

Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - exame de imagem que avalia a junção entre a clavícula e a escápula, detectando fraturas, luxações (deslocamentos), artrite, calcificações ou lesões ligamentares, sendo um procedimento simples e rápido para diagnosticar problemas que causam dor ou limitação de movimento nessa área, essencial para a estabilidade e movimento do braço.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.003-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL

P0	• Suspeita de Fratura; • Suspeita de Luxação; • Pós-Trauma Imediato; • Prejuízo Funcional Agudo.
P1	• Avaliação de dor crônica: Investigação de dor no ombro que persiste por semanas ou meses, sem sinais de trauma agudo ou emergência, com comprometimento importante nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Suspeita de patologias degenerativas; • Planejamento de cirurgias eletivas; • Acompanhamento de condições pré-existentes.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR- exame de imagem que usa radiação para criar fotos da região onde a clavícula se encontra com o esterno, ajudando a diagnosticar dores, traumas, fraturas, luxações, artrite, inflamações e desalinhamentos, sendo crucial para avaliar a estrutura óssea e planejar tratamentos para problemas que afetam o ombro e a cintura escapular.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.004-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	
P0	• Suspeita de Fratura; • Feridas Abertas com Suspeita de Fratura Exposta; • Suspeita de Luxação; • Pós-Trauma Imediato; • Prejuízo Funcional Agudo.
P1	• Avaliação de dor crônica que persiste por semanas ou meses, sem sinais de trauma agudo ou emergência, com comprometimento importante nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Suspeita de patologias degenerativas; • Planejamento de cirurgias eletivas; • Acompanhamento de condições pré-existentes.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE BRAÇO- exame de imagem para criar fotos detalhadas dos ossos (úmero, rádio, ulna) e articulações (ombro, cotovelo, punho), sendo essencial para diagnosticar fraturas, luxações, deformidades, infecções, tumores e para acompanhar a cicatrização óssea, revelando problemas que não são visíveis externamente.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.005-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE BRAÇO

P0	• Fratura Exposta; • Pós trauma de alto impacto com suspeita de fratura; • Comprometimento Vascular ou Neurológico; • Deformidade Grave e Evidente; • Hemorragia Ativa e Incontrolável: Sangramento significativo associado ao trauma; • Suspeita de tumores ósseos; • Suspeita de Lesões Associadas com Risco de Vida: Em pacientes politraumatizados (vítimas de acidentes graves), a prioridade inicial é estabilizar o paciente (protocolo ABCDE), e radiografias de braço podem ser realizadas após a estabilização se houver suspeita de lesões graves no membro. • Dor severa e incontrolável.
P1	• Intensidade e Duração dos Sintomas: Pacientes com dor moderada a grave, que não melhora com tratamento inicial e que limita significativamente as atividades diárias e/ou laborais; • Limitação da Mobilidade: Dificuldade substancial em movimentar o braço ou realizar funções básicas sem dor (indicando potencial lesão que afeta a qualidade de vida); • Suspeita Clínica de Patologias Específicas: ○ Osteomielite crônica ou infecções persistentes. ○ Artrite ou outras doenças inflamatórias com progressão dos sintomas. ○ Sequelas de fraturas prévias ou má consolidação óssea. ○ Avaliação para procedimentos cirúrgicos eletivos (exame pré-operatório necessário para o planejamento da cirurgia). • Falha de Tratamentos Prévios; • Necessidade de Exames Complementares: Em alguns casos, a radiografia é um pré-requisito para a solicitação de exames de imagem mais complexos e com maior tempo de espera, como a ressonância magnética ou tomografia computadorizada.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - exame para criar fotos detalhadas do osso da clavícula, sendo essencial para diagnosticar fraturas, luxações, inflamações e outras alterações ósseas, sendo fundamental para avaliar traumas no ombro e guiar tratamentos ortopédicos.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.006-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	
P0	• Grande deslocamento ou encurtamento ósseo: Fraturas com desvio maior que 2 cm ou encurtamento significativo (também maior que 2 cm) entre os fragmentos ósseos; • Lesões neurovasculares; • Fratura segmentar ou cominutiva; • Associação com outras fraturas: Fraturas de clavícula combinadas com fraturas do ombro (como a escápula, resultando em um "ombro flutuante") ou de outras regiões do membro superior; • Fraturas bilaterais; • Instabilidade Hemodinâmica: Pacientes vítimas de politrauma com sinais de choque, pressão arterial baixa ou sangramento intenso, onde a fratura da clavícula pode ser parte de lesões mais extensas no tórax (como perfuração da pleura, hemotórax); • Fratura Exposta; • Comprometimento Neurovascular; • Dor Intensa e Incontrolável; • Grande Desvio ou Deformidade Óbvia.
P1	• Pseudoartrose: Avaliação de uma fratura que não consolidou após um período prolongado, necessitando de uma reavaliação para possível cirurgia corretiva; • Avaliação de dor crônica que persiste por semanas ou meses, sem sinais de trauma agudo ou emergência, com comprometimento importante nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Suspeita de patologias degenerativas; • Planejamento de cirurgias eletivas; • Acompanhamento de condições pré-existentes.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE COTOVELO - exame de imagem dos ossos (úmero, rádio e ulna) e articulações do cotovelo, sendo fundamental para diagnosticar dor, inchaço, fraturas, luxações, artrite, cistos, infecções ou outros problemas ósseos e articulares, avaliando lesões e o progresso da cicatrização.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.007-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE COTOVELO

P0	• Dor aguda e imediata e intensa no cotovelo após um trauma; • Deformidade visível na articulação, indicando uma possível luxação (deslocamento); • Inchaço (edema) e hematomas significativos, que sugerem lesão tecidual ou óssea importante; • Dificuldade ou impossibilidade de mover o braço ou realizar movimentos de flexão, extensão, pronação e supinação; • Avaliação inicial de tumores ósseos (embora outros exames como ressonância magnética possam ser necessários posteriormente); • Dormência, formigamento ou perda de sensibilidade nos dedos ou no antebraço, o que pode indicar compressão ou lesão de nervos; • Instabilidade evidente da articulação.
P1	• Necessidade de Confirmação Diagnóstica: O exame é solicitado para confirmar ou descartar condições que não representam risco de vida imediato, como: ○ Suspeita de fraturas por estresse ou fraturas antigas que não foram diagnosticadas anteriormente ○ Avaliação de doenças articulares crônicas, como osteoartrite ou artrite reumatoide ○ Investigação de dores persistentes no cotovelo, sem histórico de trauma recente e agudo ○ Acompanhamento da evolução de tratamentos ou condições pré-existentes • Impacto na Qualidade de Vida: A condição do paciente, embora não seja uma emergência, afeta significativamente sua capacidade de realizar atividades diárias,

	trabalhar ou praticar esportes, justificando um agendamento em tempo hábil.
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO - exame de imagem que usa radiação para criar fotos detalhadas dos ossos, articulações e tecidos moles dos dedos, ajudando a diagnosticar fraturas, luxações, artrite, infecções, tumores e outras condições que causam dor, inchaço ou limitação de movimento, sendo uma ferramenta essencial para ortopedistas e reumatologistas.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.008-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	
P0	- Trauma agudo com suspeita de fratura (inchaço, hematoma, deformidade visível); - Incapacidade de mover o dedo ou a mão; - Suspeita de corpo estranho retido nos tecidos moles após lesão penetrante; - Suspeita de tumores ósseos ou crescimento ósseo anormal (em casos não agudos); - Luxações articulares.
P1	- Dor crônica sem histórico de trauma recente, com comprometimento das atividades de vida diárias ou laborais; - Avaliação de doenças degenerativas, como artrite ou artrose, para monitoramento de alterações ósseas e estreitamento do espaço articular; - Investigação de condições metabólicas que afetam os ossos; - Acompanhamento de lesões previamente diagnosticadas ou pós-tratamento; - Avaliação pré-operatória para cirurgias eletivas; - Avaliação pós-cirúrgica.
P2	Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES) - exame de imagem que usa Raios X para visualizar a articulação do ombro e a escápula em diferentes ângulos, permitindo diagnosticar fraturas, luxações, artrite, artrose, inflamações e outras anormalidades, sendo um exame simples, rápido e indolor, fundamental para investigar dores e traumas na região.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.011-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)

P0	• Suspeita de Fratura em casos de trauma agudo; • Suspeita de Luxação Articular: Dor muito forte e deformidade visível na região do ombro são sinais clássicos de luxação glenoumeral (deslocamento do úmero da glenoide). A urgência se deve à necessidade de redução (reposicionamento) da articulação o mais rápido possível para evitar danos adicionais a tecidos moles, como tendões e ligamentos, e complicações neurovasculares; • Avaliação Pós-Redução; • Sinais Neurológicos ou Vasculares.
P1	• Dor crônica e persistente: Avaliação de condições que causam dor contínua e que não melhoram com tratamentos iniciais, como fisioterapia ou medicação, com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Limitação significativa da mobilidade; • Suspeita de lesões específicas: ○ Síndrome do impacto: Avaliar a compressão do manguito rotador ○ Artrite ou artrose: Confirmar a presença e extensão de desgaste articular ○ Instabilidade articular: Investigar casos de luxações recorrentes ○ Lesões ósseas ou tumores: Excluir ou confirmar a presença de patologias ósseas • Planejamento pré-operatório.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE MÃO - exame de imagem não invasivo que usa raios X para criar fotos detalhadas dos ossos, articulações e tecidos moles da mão, identificando fraturas, infecções, artrite, corpos estranhos ou avaliando o crescimento ósseo (idade óssea em crianças).

- Código SIA/SUS: 02.04.04.009-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE MÃO	
P0	• Suspeita de Fratura em casos de trauma agudo; • Suspeita de Luxação, se houver um desalinhamento óbvio das articulações (luxação); • Feridas com Suspeita de Corpo Estranho; • Sinais Neurovasculares Comprometidos; • Suspeita de Tumores ou Processos Expansivos; • Lesões do Polegar Específicas: Suspeita de lesões ligamentares graves no polegar (como a "lesão do goleiro", ou lesão do ligamento colateral ulnar); • Trauma Moderado a Grave.
P1	• Investigação de Dor Crônica: Dor persistente na mão ou punho após a investigação inicial com exame físico e história clínica detalhada, quando há prejuízo na atividade de vida diária e/ou laboral; • Avaliação de Artrite/Artrose; • Acompanhamento de Má Formação Congênita; • Planejamento de Procedimentos Cirúrgicos; • Avaliação da Idade Óssea.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA) - é um exame de Raio X simples que avalia o estágio de desenvolvimento do esqueleto de crianças e adolescentes, comparando a maturação dos ossos da mão e punho com padrões de referência, para determinar a idade biológica (idade óssea) e identificar se o crescimento está adiantado, atrasado ou adequado à idade cronológica, ajudando a diagnosticar distúrbios de crescimento, puberdade precoce ou atrasada, e estimar a altura final da pessoa.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.010-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	
P0	Não se aplica
P1	• Atraso ou Avanço Significativo na Idade Óssea: Uma diferença de 1,5 a 2 anos (para mais ou para menos) em relação à idade cronológica da criança pode indicar um distúrbio de crescimento ou hormonal que requer investigação; • Avaliação do Potencial de Crescimento: Determinar quanto tempo de crescimento restante a criança ou adolescente ainda possui para auxiliar no planejamento de tratamentos médicos ou ortodônticos; • Suspeita de Distúrbios Endócrinos: Investigação de condições como hipotireoidismo, deficiência de hormônio do crescimento, puberdade precoce ou atraso puberal; • Alterações na curva de crescimento: Quando a criança apresenta um crescimento muito acelerado ou muito lento em comparação com os padrões normais para sua idade.
P2	• Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave.

RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) -exame de Raio X que captura múltiplas imagens do punho de diferentes ângulos (Ântero-Posterior, Perfil/Lateral e Oblíqua) para uma avaliação completa, detectando fraturas, deslocamentos, inflamações ou outras lesões nos ossos (como rádio, ulna, carpos) e tecidos moles, sendo essencial para um diagnóstico preciso.

- Código SIA/SUS: 02.04.04.012-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

P0	- Suspeita de Fratura Exposta; - Suspeita de Fratura Instável ou Deslocada; - Suspeita de Luxação ou Luxação Perilunar: A perda do alinhamento normal das articulações do carpo, como a luxação perilunar, é uma emergência ortopédica que necessita de tratamento rápido para evitar necrose avascular ou outras complicações; - Dor Intensa e Sinais Neurológicos/Vasculares; - Suspeita de Fratura do Escafoide com Dor na Tabaqueira Anatômica após trauma agudo; - Trauma de Alta Energia.
P1	- Avaliação Detalhada de Outros Ossos do Carpo: A visão oblíqua ajuda a "abrir" as interlinhas articulares e visualizar ossos específicos como o trapézio, trapezoide e capitato, permitindo a identificação de pequenas fraturas, luxações sutis ou alterações degenerativas (osteoartrite) que poderiam passar despercebidas em outras projeções; - Planejamento Cirúrgico ou de Tratamento; - Monitoramento de Doenças Articulares Crônicas como artrite reumatoide ou osteoartrite.
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO

RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) - exame de Raio X de tórax que avalia o tamanho do coração, as condições dos grandes vasos sanguíneos próximos (como artérias e veias) e possíveis calcificações, usando múltiplas projeções (Póstero-Anterior, Lateral e Oblíquas) para obter uma visão detalhada de várias estruturas torácicas, ajudando a diagnosticar problemas como dilatação cardíaca, aneurismas ou doenças vasculares.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.005-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)

P0	• Dor torácica intensa e súbita: principalmente se houver suspeita de síndrome coronariana aguda, dissecção da aorta ou embolia pulmonar; • Dificuldade respiratória grave ou súbita, incluindo falta de ar intensa ou sinais de insuficiência respiratória; • Suspeita de trauma torácico: para avaliar lesões como fraturas de costelas, pneumotórax ou hemotórax; • Sinais de instabilidade hemodinâmica; • Suspeita de edema agudo de pulmão; • Avaliação de posição de dispositivos médicos de emergência como tubos endotraqueais, cateteres centrais ou drenos torácicos.
P1	• Rastreamento: exames de rotina ou preventivos; • Acompanhamento: monitoramento de condições crônicas já diagnosticadas; • Investigação de sintomas não urgentes: avaliação de queixas que não representam risco imediato à vida do paciente.

RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) - exame de Raio X de tórax que avalia o coração e os grandes vasos sanguíneos adjacentes, tirado em duas posições (incidências) principais: Pósterio-Anterior (PA) e Lateral (LAT), para uma visão mais detalhada da profundidade, identificando tamanho do coração, alterações vasculares, calcificações e problemas cardíacos ou pulmonares.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.006-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)

P0	• Dificuldade respiratória (dispneia) súbita e intensa; • Dor torácica aguda, que pode sugerir problemas cardíacos ou pulmonares graves, como infarto ou embolia pulmonar; • Trauma torácico recente, para avaliação de fraturas, lesões pulmonares (pneumotórax, hemotórax) ou cardíacas; • Suspeita de insuficiência cardíaca descompensada, apresentando sinais de edema pulmonar (visível como linhas B de Kerley ou opacificação peri-hilar na radiografia); • Sinais de instabilidade hemodinâmica ou choque;
----	---

	- Suspeita de pneumotórax hipertensivo ou derrame pleural volumoso, que necessitam de intervenção imediata; - Avaliação de posicionamento de dispositivos médicos de emergência, como tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais ou drenos torácicos, após a inserção.
P1	- Investigação de sintomas crônicos: Avaliação de queixas persistentes como falta de ar, dor torácica atípica, ou tosse crônica, após a avaliação inicial na atenção primária; - Acompanhamento de condições conhecidas: monitoramento da progressão ou estabilidade de doenças cardíacas ou pulmonares já diagnosticadas, como cardiomegalia ou hipertensão arterial; - Avaliação pré-operatória.
P2	Rastreamento em grupos de risco: Em alguns casos, pode ser solicitado como parte de um check-up para pacientes com fatores de risco significativos, como histórico familiar de doenças cardíacas ou tabagismo de longa data.

RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) - exame de imagem que foca em apenas um lado do tórax para investigar com detalhes problemas como fraturas, fissuras, contusões, inflamações e infecções nas costelas, sendo essencial para diagnosticar traumas torácicos e avaliar alterações ósseas ou pulmonares localizadas, fornecendo imagens detalhadas para guiar o tratamento médico.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.007-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	
P0	- Trauma Torácico Agudo; - Avaliação de Lesões Associadas: Traumas nas costelas podem estar associados a lesões internas graves. A urgência se justifica para descartar ou confirmar: - Pneumotórax - Hemotórax - Lesões em Órgãos Vitais - Sintomas de Comprometimento Respiratório.
P1	Acompanhamento de fraturas: Para monitorar a consolidação de fraturas de costelas previamente diagnosticadas, após a fase aguda;

	- Avaliação de condições crônicas: Em casos de suspeita de processos expansivos ou inflamatórios/infecciosos crônicos que afetam a região costal ou pulmonar, onde o paciente apresenta sintomas leves e estável; - Avaliação pré-operatória;
P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO - exame de Raio X que avalia o esôfago, estômago e duodeno, usando um líquido de contraste (geralmente bário) para revestir as paredes do trato digestivo superior, permitindo visualizar seu tamanho, forma e funcionamento, identificando problemas como refluxo, úlceras, tumores ou obstruções, através de imagens e vídeos em tempo real.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.008-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	
P0	- Ingestão de Corpo Estranho; - Impactação Alimentar Aguda; - Suspeita de Perfuração Esofágica; - Ingestão de Cáusticos; - Disfagia Aguda e Severa; - Suspeita de Fístula Esofágica; - Suspeita de Tumores (Benignos ou Malignos); - Hemorragia Digestiva Alta Aguda: Embora a endoscopia digestiva alta seja geralmente o exame de escolha para hemorragias, a radiografia contrastada pode ser usada em cenários específicos, dependendo da disponibilidade e do quadro clínico.
P1	- Disfagia: O exame ajuda a identificar a causa da dificuldade, como estreitamentos (estenoses), anéis esofágicos, ou distúrbios motores (acalasia); - Avaliação de Hérnia de Hiato e Refluxo Gastroesofágico; - Suspeita de Divertículos: Identificação de pequenas "bolsas" (divertículos) nas paredes do esôfago, como o divertículo de Zenker;

- Dor Torácica Não Cardíaca;
- Corpos Estranhos: Localização de objetos estranhos que possam ter ficado retidos no esôfago, se a situação não for de emergência.

RADIOGRAFIA DE ESTERNO - exame de Raio X que visualiza o osso esternal, localizado no centro do peito, entre as clavículas e costelas, para diagnosticar fraturas, luxações, inflamações, infecções, tumores ou alterações pós-cirúrgicas, investigando dores torácicas ou traumas, fornecendo imagens detalhadas para o médico identificar problemas ósseos na região.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.009-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE ESTERNO

P0	• Trauma Torácico Fechado; • Dor Torácica Intensa e Localizada; • Instabilidade Hemodinâmica; • Sinais e Sintomas Respiratórios Agudos; • Suspeita Clínica de Fratura ou Luxação.
P1	• Ausência de Trauma Agudo; • Sintomas Crônicos ou Inespecíficos: A indicação é para avaliação de dor torácica crônica, que já teve causas cardíacas e pulmonares agudas excluídas, ou para investigação de nódulos ou outras alterações visíveis em exames anteriores de rotina; • Avaliação Pós-Tratamento; • Condições Reumatológicas ou Inflamatórias.

RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) - exame de Raio X do tórax feito em duas posições (Póstero-Anterior e Lateral) para analisar detalhadamente a região central do tórax, o mediastino, onde estão coração, grandes vasos, traqueia e esôfago, além de avaliar pulmões, pleura e estruturas ósseas, identificando problemas como infecções, massas, alterações cardíacas e derrames pleurais.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.010-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)

P0	• Suspeita de Dissecção ou Ruptura da Aorta: Um alargamento (mais de 8 cm em uma radiografia de tórax PA bem inspirada e sem rotação) ou contorno anormal do
-----------	--

	mediastino, especialmente em pacientes com dor torácica aguda e histórico de trauma ou fatores de risco, é um forte indicativo de emergência vascular grave; • Pneumomediastino; • Pneumotórax Hipertensivo; • Tamponamento Cardíaco; • Trauma Torácico Grave; • Quadros Infecciosos Graves (Mediastinite Aguda).
P1	• Rastreamento ou acompanhamento de rotina: Por exemplo, para monitorar a progressão de uma condição crônica já conhecida; • Investigação de sintomas não agudos: Sintomas que se desenvolveram ao longo do tempo e não representam uma ameaça imediata à vida do paciente; • Avaliação pré-operatória: Exames de rotina antes de uma cirurgia agendada.

RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO - exame de Raio X de tórax que revela a presença de ar no mediastino, mostrando a fuga de ar das vias aéreas ou esôfago, com achados como ar delineando vasos (Sinal do Anel) ou o diafragma (Sinal do Diafragma Contínuo), ajudando no diagnóstico de condições como ruptura pulmonar ou esofágica, embora muitas vezes seja benigno e autolimitado.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.011-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	
P0	• Instabilidade Hemodinâmica/Respiratória; • Pneumotórax Associado; • Suspeita de Lesão de Visceras Ocas; • "Pneumomediastino Hipertensivo"; • Trauma de Alto Impacto;
P1	• Investigação de Causa Subjacente: A radiografia faz parte da avaliação de rotina de uma doença crônica (como asma não controlada) que, em raras ocasiões, pode precipitar um episódio, mas a avaliação em si não é para um evento agudo.

RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA) - é uma incidência específica de Raio X do tórax, feita com o paciente inclinado para trás, para visualizar melhor os ápices pulmonares, sendo útil para identificar calcificações, massas ou sinais de doenças como tuberculose, pois remove a sobreposição das clavículas, um problema comum em raios-X normais. É um exame

complementar, mais raro hoje em dia devido à tomografia, mas ainda valioso para essas regiões específicas.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.012-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	
P0	• Avaliação de Ápices Pulmonares; • Suspeita de Tuberculose (TB); • Nódulos ou Massas Apicais Suspeitos; • Planejamento de Tratamento: Para avaliar a extensão de doenças pulmonares que afetam predominantemente a região superior do tórax; • Falta de ar severa • Dor no peito aguda; • Trauma torácico (embora nestes casos as incidências de rotina sejam as iniciais).
P1	• Planejamento de Tratamento: Para avaliar a extensão de doenças pulmonares que afetam predominantemente a região superior do tórax.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) - exame que permite uma análise detalhada de pulmões, coração, mediastino, pleura e ossos torácicos, ajudando a identificar pneumonias, tumores, fraturas, derrames pleurais e outras condições que uma única vista não conseguiria mostrar, fornecendo um diagnóstico mais completo.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.014-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	
P0	• Trauma Torácico Agudo; • Insuficiência Respiratória Aguda; • Dor Torácica Intensa e Súbita; • Instabilidade Hemodinâmica; • Suspeita de Aspiração de Corpo Estranho; • Avaliação de Dispositivos Médicos: Verificação urgente do posicionamento de tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais ou sondas de alimentação, para evitar complicações como perfuração pulmonar.
P1	• Gravidade dos sintomas: Embora a condição não seja de emergência, sintomas como tosse persistente, dor torácica intermitente ou falta de ar em repouso podem

acelerar a necessidade do exame em relação a um paciente assintomático;

- Finalidade do exame:
 - Estudo pré-operatório
 - Acompanhamento de doenças crônicas
 - Investigação diagnóstica: Suspeita de pneumonia, derrame pleural ou fraturas de costelas que não foram causadas por trauma recente e agudo.

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) - exame de imagem que usa raios-X para "fotografar" o interior do tórax em duas posições principais: Pósterio-Anterior (PA), onde o paciente fica de frente para o aparelho, e Perfil (Lateral), onde fica de lado, permitindo uma avaliação detalhada das estruturas como pulmões, coração e vasos, detectando fraturas, inflamações ou outras alterações de forma mais completa.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.015-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	
P0	• Suspeita de Tuberculose; • Avaliação em paciente com câncer de mamas; • Dor ventilatório-dependente • Dispneia severa (falta de ar intensa); • Dor torácica aguda e intensa; • Instabilidade hemodinâmica; • Trauma torácico penetrante ou contuso significativo; • Suspeita de pneumotórax hipertensivo ou hemotórax; • Tosse com hemoptise (escarro com sangue) volumosa; • Alteração do nível de consciência: Desmaios ou confusão mental associados a sintomas respiratórios ou dor no peito; • Rastreamento ou Estadiamento Oncológico: Pesquisa de metástases pulmonares ou estadiamento de tumores (como de esôfago ou pulmão) são indicações comuns; • Suspeita de corpo estranho nas vias aéreas.
P1	• Avaliação inicial para suspeita de insuficiência cardíaca; • Avaliação pré-operatória de rotina; • Investigação de Sintomas Crônicos: Para pacientes com tosse seca persistente, dispnéia de longa data (falta de ar), ou achados anormais na ausculta pulmonar (estertores), a radiografia ajuda a identificar doenças pulmonares intersticiais ou outras patologias crônicas;

	Acompanhamento de Doenças Pulmonares Conhecidas: Monitoramento da progressão de doenças como DPOC, asma grave, ou alterações identificadas em exames anteriores.
P2	Avaliação de rotina em pacientes hipertensos;

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) - exame de Raio X de tórax padronizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para monitorar doenças pulmonares ocupacionais, como pneumoconioses, usando a projeção Pósterio-Anterior (PA) é uma técnica de interpretação internacional para classificar alterações (poeiras, fibrose) em trabalhadores expostos a riscos, garantindo comparabilidade global e legalidade.

O exame no padrão OIT é uma ferramenta de vigilância de saúde e triagem ocupacional, realizada geralmente de forma programada para trabalhadores expostos a poeiras nocivas (sílica, carvão, amianto).

- Finalidade: Descrever e codificar sistematicamente as anormalidades radiográficas das pneumoconioses de forma reprodutível, utilizando diretrizes internacionais específicas.
- Qualidade: Requer uma imagem de alta qualidade técnica (grau 1 ou 2) em incidência pósterio-anterior (PA) para uma interpretação precisa, que pode ser prejudicada em exames de urgência realizados com técnicas ou posicionamentos subótimos.
- Código SIA/SUS: 02.04.03.016-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	
P0	- Dor torácica (dor no peito) intensa e súbita: para descartar condições como pneumotórax, dissecação da aorta, embolia pulmonar ou fraturas de costelas instáveis; - Dificuldade respiratória severa (dispneia); - Trauma torácico agudo; - Suspeita de insuficiência cardíaca aguda e edema agudo de pulmão; - Tosse com expectoração de sangue volumosa.
P1	- Exposição Ocupacional: O critério fundamental é a exposição prévia ou atual do trabalhador a poeiras minerais ou agentes químicos específicos (como sílica, asbesto, carvão mineral, etc.) que possam causar pneumoconioses; - Vigilância em Saúde: O exame é uma ferramenta de vigilância epidemiológica, visando a detecção precoce de alterações pulmonares subclínicas em grupos de risco, antes do surgimento de sintomas graves;

	Complementaridade a Outros Exames: A radiografia OIT é frequentemente utilizada em conjunto com a espirometria (exame de função pulmonar) para uma avaliação mais completa e precisa da saúde respiratória do trabalhador.
P2	Exames Admissional e Periódicos: O exame faz parte dos exames médicos obrigatórios (admissional, periódico, demissional) para trabalhadores em funções de risco, com periodicidade definida (geralmente a cada dois anos, ou anualmente em casos de alterações ou exposições de maior risco).

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) - exame de Raio X mais comum do peito, onde o paciente fica em pé, de costas para o aparelho, permitindo uma visão detalhada dos pulmões, coração e estruturas torácicas, sendo fundamental para diagnosticar problemas respiratórios e cardíacos, como pneumonia, falta de ar ou suspeita de câncer.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.017-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	
P0	- Trauma Torácico agudo; - Insuficiência Respiratória Aguda/Dispneia Severa; - Dor Torácica Intensa e Súbita; - Suspeita de Pneumotórax ou Derrame Pleural Significativo; - Avaliação Pós-Procedimento de Emergência; - Instabilidade Hemodinâmica.
P1	- Sintomas respiratórios significativos: Pacientes com tosse persistente, falta de ar ou dor no peito, mesmo que o quadro geral não seja de emergência, podem ter prioridade para investigação diagnóstica; - Avaliação pré-operatória de risco moderado a alto: Para pacientes que farão cirurgias eletivas, a radiografia de tórax pode ser necessária. A prioridade aumenta para aqueles com fatores de risco, como doenças cardíacas ou pulmonares pré-existentes (por exemplo, asma, DPOC, histórico de insuficiência cardíaca), que podem afetar o manejo anestésico e cirúrgico; - Monitoramento de doenças crônicas ativas: Se o exame for para reavaliação de uma condição crônica (como um nódulo pulmonar ou doença pulmonar intersticial) e o intervalo de monitoramento estiver atrasado ou o médico assistente suspeitar de progressão;

- Resultados laboratoriais ou de outros exames alterados: Anormalidades em exames de sangue ou em um eletrocardiograma que sugiram um problema torácico que precise de esclarecimento antes de um procedimento ou tratamento planejado;
- Imunocomprometidos: Pacientes com sistema imunológico enfraquecido, onde condições pulmonares podem progredir rapidamente, podem necessitar de avaliação mais célere, mesmo em um contexto ambulatorial eletivo.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL) - corresponde a um conjunto de exames de Raio X do peito que avaliam pulmões, coração e mediastino, usando diferentes posições (PA - de frente, Lateral - de lado) e momentos respiratórios (Inspiração máxima para ver pulmões cheios, Expiração para detectar pneumotórax/obstrução) para um diagnóstico completo de problemas como pneumonia, enfisema, fraturas ou derrames pleurais, sendo mais detalhada que uma radiografia simples.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.013-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)

P0

- Dispneia (falta de ar) intensa ou súbita;
- Dor torácica aguda e intensa: Especialmente se houver suspeita de condições como pneumotórax, dissecação aórtica, embolia pulmonar ou infarto agudo do miocárdio (embora o ECG seja o exame primário para IAM);
- Trauma torácico significativo;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Suspeita de pneumoperitônio;
- Pneumonia e Derrame Pleural: Detectar infecções e acúmulo de líquido.
- Pneumotórax;
- Obstruções Brônquicas;
- Coração e Mediastino: Avaliar tamanho e contornos (a visão PA é crucial para não superestimar o coração).
- Nódulos e Tumores: Pesquisar massas e lesões pulmonares;
- Avaliação de vias aéreas e posicionamento de dispositivos: Em pacientes intubados ou com dispositivos médicos (como cateteres ou sondas) para verificar o posicionamento correto ou complicações imediatas;
- Alteração do estado mental ou sinais de choque: Em pacientes com suspeita de sepse grave ou outras infecções pulmonares graves (como pneumonia severa com hipoxemia).

P1	• Avaliação Pré-operatória; • Pacientes com sintomas leves, mas que necessitam de um diagnóstico para tratamento adequado (ex: tosse crônica sem causa aparente, acompanhamento de nódulo benigno conhecido).
-----------	--

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESpondilografia (P/ ESCOLIOSE)

- proporciona uma imagem que permite distinguir estruturas e tecidos com propriedades diferenciadas de toda a coluna vertebral desde a cervical até o cox.

- Código SIA/SUS: 02.04.02.013-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - Radiografia panorâmica de coluna total- telespondilografia (P/ ESCOLIOSE)	
P0	• A urgência para este exame só ocorre em situações de sinais de alarme neurológicos ou dor severa e súbita associada à deformidade da coluna; • Sinais Neurológicos Agudos; • Alterações da Função Intestinal ou da Bexiga; • Dor Severa e Inexplicável: Dor nas costas intensa que não melhora com repouso ou medicação, especialmente se for noturna ou despertar o paciente do sono. A escoliose idiopática geralmente não é dolorosa. • Progressão Rápida da Curvatura: Uma mudança muito rápida e visível na curvatura da coluna em um curto período, especialmente em crianças muito jovens; • Sinais de Compressão Medular: Dificuldade para caminhar, perda de equilíbrio ou coordenação aguda; • Histórico de Trauma Recente.
P1	• Sinais de Compressão Medular: Dificuldade para caminhar, perda de equilíbrio ou coordenação crônica; • Gravidade da Curvatura (Ângulo de Cobb): Curvaturas significativas no ângulo de Cobb (a medida padrão da escoliose) podem exigir avaliação e tratamento mais rápidos para prevenir complicações graves, como comprometimento da função pulmonar ou dor crônica; • Progressão Documentada: Se exames anteriores ou avaliações clínicas indicaram uma progressão rápida da curvatura em um curto período, o exame de acompanhamento terá maior prioridade; • Planejamento Cirúrgico.

P2	- Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se: - A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta - Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial - Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave
-----------	---

RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES – consiste em um 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.

- Código SIA/SUS: 02.04.06.017-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	
P0	- Suspeita de patologias ósseas agressivas; - Dores musculoesqueléticas graves e de causa indeterminada que necessitam de um diagnóstico completo para alívio rápido; - Progressão rápida de deformidades posturais ou dos membros que estão a causar impacto significativo na qualidade de vida do paciente.
P1	- Diferença significativa no comprimento dos membros (discrepância de MMII); - Deformidades angulares graves: Avaliação de deformidades como joelho varo (arqueado para fora) ou valgo (para dentro) que estão causando dor significativa ou progressão rápida, e que exigem correção cirúrgica planejada (osteotomias, por exemplo); - Planejamento pré-operatório iminente; - Avaliação de escoliose ou desalinhamento da coluna associado: Em alguns casos, a radiografia dos membros inferiores é feita em conjunto com uma panorâmica da coluna para avaliar o alinhamento corporal global, sendo priorizada se o desalinhamento estiver impactando significativamente a qualidade de vida do paciente.
P2	Suspeita de alterações crônicas, sem alterações nas atividades de vida diária ou laborais. Em geral, um exame é considerado de menor prioridade eletiva se:

- ✓ A dor é leve a moderada e recente, sem sinais de alerta
- ✓ Os sintomas estão respondendo bem ao tratamento inicial
- ✓ Não há déficits neurológicos ou suspeita de doença grave

FIBRONASO / VIDEOLARINGOSCOPIA - exame endoscópico utilizado para avaliar as estruturas da nasofaringe, laringe e faringe. É realizado com um fibroscópio ou laringoscópio flexível, permitindo visualizar detalhadamente as condições anatômicas e funcionais das vias aéreas superiores.

- Código SIA/SUS: Videolaringoscopia - 02.09.04.004-1
- Código SIA/SUS: Nasofibrolaringoscopia direta 02.09.04.002-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - FIBRONASO / VIDEOLARINGOSCOPIA

P0	• Obstrução grave das vias aéreas: Dificuldade respiratória (dispneia) severa ou sinais de sofrimento respiratório. • Corpo estranho na garganta ou vias aéreas: Quando há suspeita ou confirmação de um objeto alojado que cause obstrução ou risco de aspiração. • Sangramento ativo e incontrolável: Hemorragia significativa na região da garganta, nariz ou laringe. • Acompanhamento de lesões suspeitas de câncer de laringe; • Trauma agudo: Lesões graves na região do pescoço ou face que possam comprometer a integridade das vias aéreas • Rouquidão ou disfonia persistente: Alteração na voz que não melhora após dias ou semanas.
P1	• Tosse crônica: Tosse que não passa ou com a presença de sangue (hemoptise). • Dificuldade ou dor para engolir (disfagia/odinofagia): Sensação de "caroço" na garganta (globus faríngeo) ou dor crônica. • Suspeita de refluxo gastroesofágico ou faringolaríngeo: Avaliação de sinais de irritação causados pelo refluxo.. • Acompanhamento de lesões: Monitoramento de nódulos, pólipos e cistos; • Tabagismo crônico: Rastreamento de possíveis lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em pacientes de risco • Diagnóstico de lesões benignas ou malignas nas cordas vocais; • Avaliação de edema das cordas vocais; • Monitoramento pós-tratamento de patologias laríngeas; • Diagnóstico de estenoses laríngeas;

	• Avaliação de dificuldades respiratórias altas; • Investigação de refluxo laringofaríngeo.
P2	• Ronco e apneia do sono: Investigação das estruturas da nasofaringe e orofaringe.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Pneumologistas, Gastroenterologistas (em casos de suspeita de refluxo).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Avaliação vocal prévia, se disponível. Informações sobre alergias conhecidas a anestésicos tópicos, se utilizados durante o exame.

HOLTER 24 HORAS - exame não invasivo que monitora continuamente a atividade elétrica do coração durante um dia inteiro, utilizando um dispositivo portátil. Este exame é fundamental para a detecção de arritmias e avaliação da função cardíaca em diferentes situações do cotidiano.

- Código SIA-SUS: 02.11.02.004.4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - HOLTER 24 HORAS	
P0	• Sintomas recorrentes e inexplicáveis: Palpitações, tonturas, vertigens, síncope (desmaio) ou pré-síncope e dor torácica atípica, que ocorrem esporadicamente e cuja causa não foi identificada por um eletrocardiograma (ECG) de repouso; • Suspeita de arritmias perigosas: Investigação de taquicardias, bradicardias, bloqueios cardíacos ou extrasístoles, especialmente se associadas a sintomas graves; • Risco de eventos isquêmicos: Detecção de episódios de isquemia miocárdica silenciosa (falta de oxigênio no músculo cardíaco sem sintomas), especialmente em pacientes de alto risco; • Avaliação de isquemia silenciosa.
P1	• Monitoramento de condições cardíacas conhecidas; • Avaliação de tratamento: Verificação da eficácia de medicamentos antiarrítmicos ou do funcionamento adequado de dispositivos cardíacos implantáveis, como marca-passos e desfibriladores; • Doença de Chagas; • Avaliação de procedimento invasivo para tratamento de arritmia, como a ablação por cateter e cirurgia.

Profissionais solicitantes: Cardiologista, Cirurgião cardiovascular, Neurologista.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e fatores de risco como hipertensão e diabetes. Resultados de exames prévios, como eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma. Instruções ao paciente sobre a manutenção de um diário de atividades e sintomas durante o período de monitoramento.

IMPEDANCIOMETRIA/IMITANCIOMETRIA - exame utilizado para avaliar a função da orelha média, incluindo a integridade do tímpano e a mobilidade dos ossículos auditivos. É essencial na investigação de patologias como otite média e disfunção da tuba auditiva. As medidas de imitância acústica contribuem com informações sobre a mobilidade do sistema tímpano-ossicular e quanto à integridade da via auditiva. São utilizadas na prática clínica fornecendo informações sobre a curva timpanométrica (timpanometria) e os reflexos acústicos (contra e ipsilaterais).

- Código SIA/SUS: 02.11.07.020-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - IMPEDANCIOMETRIA/IMITANCIOMETRIA	
P0	• Trauma agudo com perda auditiva.
P1	• Monitoramento de Otites e Infecções: Acompanhamento de tratamentos de infecções de ouvido, especialmente em crianças, devido à alta incidência e ao potencial impacto no desenvolvimento da linguagem; • Sintomas de Orelha Média Comprometida: Pacientes que relatam sintomas como sensação de ouvido bloqueado, autofonia (ouvir a própria voz ecoar), dor de ouvido constante, zumbido ou perda auditiva inexplicada; • Avaliação de Pressão Negativa: Identificação de disfunção da tuba auditiva, que frequentemente causa pressão negativa na orelha média (curva tipo C na timpanometria); • Suspeita de Líquido na Orelha Média: Quando há suspeita clínica ou em exames prévios (como a otoscopia) de acúmulo de líquido (efusão) atrás do tímpano (curva tipo B); • Avaliação da Mobilidade do Tímpano e Ossículos: Verificação da integridade e funcionamento do sistema tímpano-ossicular (membrana timpânica, martelo, bigorna e estribo); • Pré e Pós-Operatório: Como parte da avaliação audiológica antes e depois de cirurgias na orelha média.

- Complementaridade à Audiometria: A imitanciometria é um exame complementar essencial à audiometria tonal e vocal, ajudando a diferenciar a origem da perda auditiva (condutiva, sensorineural ou mista);
- Diagnóstico de otite média aguda ou crônica;
- Avaliação de efusão na orelha média (otite média com efusão);
- Monitoramento de ventilação da orelha média após ventilação tubária;
- Avaliação de disfunção da tuba auditiva
- Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias otológicas;
- Diagnóstico de perfuração timpânica;
- Avaliação de disfunção da tuba auditiva;
- Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias otológicas;
- Diagnóstico de perfuração timpânica.

Item para solicitação no MV: EXAMES BÁSICOS DE AUDIÇÃO

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas., Pediatras, Fonoaudiólogos, neurologistas (em casos de neuropatias auditivas), clínicos gerais e audiologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames auditivos prévios, se disponíveis. Informações sobre procedimentos cirúrgicos otológicos anteriores.

LINFOCINTILOGRAFIA - exame de imagem nuclear utilizado para avaliar o sistema linfático, principalmente em casos de suspeita de linfedema ou outras condições que afetam o fluxo linfático. Este procedimento utiliza uma substância radioativa (radiofármaco) injetada no sistema linfático para detectar e mapear o fluxo de linfa através de uma câmera especializada.

- Código SIA/SUS: 02.08.08.004-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - LINFOCINTILOGRAFIA	
P0	• Pesquisa de Linfonodo Sentinela (LS) em Câncer; • Planejamento Cirúrgico Imediato; • Estadiamento de Outros Tumores Malignos; • Pacientes internados que necessitam do exame e que tenham alta suspeita de câncer.
P1	• Linfedema pós-cirúrgico oncológico; • Linfedema (diagnóstico de outras causas);

- Doppler negativo para patologia venosa.

Profissionais solicitantes: Oncologista, Angiologista, Cirurgião vascular.

Pré-requisitos para solicitação dos exames

História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos relacionados ao sistema linfático.

Resultados de exames prévios, como ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

Informações sobre alergias conhecidas a radiofármacos ou condições médicas que possam interferir na realização segura do exame.

LOGOAUDIOMETRIA- é um teste que avalia a habilidade do indivíduo para detectar e reconhecer a fala. Por meio da logaudiometria, é possível avaliar o Limiar de Detecção de Voz (LDV), o Limiar de Reconhecimento de Fala (LRF) e o Índice Percentual de Reconhecimento de Fala (IPRF).

Obrigatório solicitar junto a AUDIOMETRIA TONAL VIA AÉREA/VIA ÓSSEA.

- Código SIA/SUS: 02.11.07.021-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - LOGOAUDIOMETRIA	
P0	• Perda auditiva aguda; • Pós AVE agudo, com afasia.
P1	• Severidade da Perda Auditiva; • Indicação de Aparelho Auditivo (AASI); • Idade do Paciente: Embora a logaudiometria em si seja geralmente indicada para pessoas a partir de 5 anos de idade, a detecção precoce em crianças é crucial; • Confirmação de Diagnóstico Diferencial: A logaudiometria ajuda a confirmar achados da audiometria tonal e a descartar perdas auditivas não orgânicas (simulação).
P2	• Finalidade Ocupacional (Saúde do Trabalhador): Em alguns casos, exames audiométricos, incluindo a logaudiometria, são necessários para cumprir exigências legais de saúde ocupacional, como exames admissionais ou periódicos para trabalhadores expostos a ruído.

Item para solicitação no MV: EXAMES BÁSICOS DE AUDIÇÃO.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

MAMOGRAFIA - exame de imagem que utiliza raios-X de baixa dose para criar imagens detalhadas das mamas. É amplamente utilizado para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama.

- Código SIA/SUS: 02.04.03.003-0
- Mamografia bilateral: 02.04.03.018-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - MAMOGRAFIA	
P0	• Investigação de alterações suspeitas detectadas no autoexame ou por outros métodos de imagem.
P1	• Rastreamento de câncer de mama em mulheres assintomáticas; • Avaliação de dor mamária persistente; • Acompanhamento após tratamento de câncer de mama; • Avaliação de nódulos palpáveis; • Triagem pré-cirúrgica em pacientes com lesões suspeitas; • Diagnóstico de microcalcificações.
P2	• Histórico familiar de câncer de mama, assintomáticas; • Avaliação de implantes mamários. • Avaliação de assimetrias mamárias (tamanho), sem outro fator de risco ou sintoma.

Profissionais solicitantes: mastologistas, oncologistas e clínicos gerais, ginecologistas e obstetras, enfermeiros em casos de mamografia de rastreio e generalistas conforme protocolo do ministério da saúde.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas mamários específicos e histórico familiar. Resultados de exames mamográficos anteriores, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE AXILA E MAMA - procedimento minimamente invasivo que utiliza uma agulha fina para coletar células ou tecido de uma massa ou nódulo suspeito nas mamas ou na axila para análise laboratorial.

- Código SIA/SUS: 02.01.01.058-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE AXILA E MAMA	
P0	• Mamografia com BIRADS 6; • Investigação de nódulos palpáveis na mama associados a outros sintomas, como

	perda de peso, descarga mamilar, alterações na coloração das mamas ou outros achado pertinentes, com alta suspeição de câncer; • Diagnóstico diferencial de massas mamárias; • Confirmação diagnóstica de lesões suspeitas detectadas na mamografia ou ultrassonografia; • Avaliação de secreção mamilar anormal; • Avaliação de alterações citológicas em exames anteriores.
P1	• Mamografia com BIRADS 4C e 5; • Investigação de nódulos palpáveis na mama, sem outros sintomas; • Avaliação de linfonodos axilares aumentados; • Triagem de metástases em pacientes com câncer de mama conhecido; • Monitoramento de resposta ao tratamento em pacientes com câncer de mama; • Diagnóstico de doenças inflamatórias da mama.
P2	• Mamografia com BIRADS 4B • Mamografia com BIRADS 3 e 4A; • Acompanhamento de lesões benignas conhecidas.

Profissionais solicitantes: Mastologistas, Oncologistas, Radiologistas intervencionistas, Clínicos gerais, Ginecologistas e Obstetras.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Resultados de exames de imagem prévios, como mamografia ou ultrassonografia. História clínica detalhada, incluindo sintomas mamários específicos e histórico médico. Consentimento informado do paciente para o procedimento.

PEATE – POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO / BERA -

avaliação objetiva, considerada padrão ouro no diagnóstico de deficiência auditiva em neonatos e lactentes pequenos. Esta avaliação é indicada para o diagnóstico de deficiência auditiva em crianças e populações de difícil testagem, ou com algum comprometimento no desenvolvimento cognitivo, independentemente da idade.

- Código SIA/SUS: 02.11.07.027-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - PEATE – POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO / BERA	
P0	• Recém-nascidos (RN) e lactentes de alto risco: Bebês que não passaram no "teste da orelhinha" (triagem auditiva neonatal) ou que permaneceram em UTI neonatal

	por algum período; • Suspeita de perda auditiva com comprometimento neurológico: Pacientes com lesões no encéfalo, transtorno do espectro do autismo ou outros comprometimentos neurológicos/psíquicos que não conseguem responder à audiometria tonal convencional; • Surdez súbita: Casos de perda auditiva súbita, para tratamento e prognóstico rápidos; • Diagnóstico diferencial: Quando a audiometria e/ou o teste de emissões otoacústicas não fornecem informações suficientes para um diagnóstico preciso da função auditiva ou para diferenciar o tipo de perda auditiva (sensório-neural, condutiva, etc.); • Infecções que cursam com surdez, como meningites e encefalites bacterianas ou virais (especialmente vírus herpes e varicela).
P1	• Quimioterapia; • Exposição à medicação ototóxica; • Avaliação de vias neurais: Suspeita de alterações nas vias neurais auditivas, desde o ouvido interno até o tronco cerebral; • Síndromes genéticas que cursam com surdez; • Traumatismo craniano (especialmente base de crânio e temporal) com sintomas associados; • Distúrbios neurodegenerativos. • Suspeita de perda auditiva em casos que a avaliação auditiva comportamental (audiometria de reforço visual, audiometria lúdica e/ou audiometria tonal liminar) não seja possível de ser realizada.
P2	• Transtorno do Espectro Autista; • Transtornos neurológicos e/ou psiquiátricos; • Suspeita de Espectro da Neuropatia Auditiva; • Perda auditiva unilateral.

Observação: Recomenda-se a realização do PEATE quando os exames subjetivos/comportamentais (audiometria tonal e vocal, ou audiometria de reforço visual) não são possíveis, em função da necessidade de condicionamento e participação ativa durante a avaliação. Portanto, é utilizado em situações em que a avaliação comportamental não traz resultados confiáveis e, até mesmo, como avaliação complementar para diagnóstico.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Fonoaudiólogos, Neurologistas, Pediatras.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Resultados de exames de audição (audiometria, imitanciometria) prévios, se houver. História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico e/ou fonoaudiológico.

PUNÇÃO ASPIRATIVA CERVICAL POR AGULHA FINA (PAAF) - procedimento minimamente invasivo que utiliza uma agulha fina para coletar células ou tecido de nódulos ou massas no pescoço para análise laboratorial.

- Código SIA/SUS 02.01.01.047-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - PUNÇÃO ASPIRATIVA CERVICAL POR AGULHA FINA (PAAF)	
P0	• Características Suspeitas na Imagem: Nódulos ou lesões que apresentam sinais de alta suspeição em ultrassonografia, como: ◦ Margens irregulares ou microlobuladas. ◦ Presença de microcalcificações. ◦ Nódulos sólidos e hipoeecóicos (mais escuros que o tecido circundante). ◦ Formato mais alto do que largo (não paralelo à pele). ◦ Vascularização interna ao Doppler. • Tamanho do Nódulo: Embora as características da imagem sejam mais importantes, o tamanho é um fator. Geralmente, nódulos sólidos maiores que 1 cm com características suspeitas são puncionados; • Linfonodos Suspeitos: Linfonodos cervicais aumentados, endurecidos, fixos ou com crescimento rápido, especialmente se apresentarem características atípicas ao ultrassom (como aspecto cístico ou microcalcificações), requerem investigação prioritária para descartar metástase. A dosagem de tireoglobulina no material aspirado pode ser usada para confirmar metástase de câncer de tireoide; • Sintomas Clínicos: Presença de sintomas como rouquidão, dificuldade para engolir ou respirar, que sugiram compressão de estruturas adjacentes ou invasão tumoral; • Investigação de tumores ou massas cervicais com alta suspeita para câncer; • Triagem de metástases de cânceres primários desconhecidos; • Estudo de lesões tireoidianas indeterminadas em exames de imagem.
P1	• Histórico do Paciente: ◦ Histórico familiar de câncer de tireoide ou outras malignidades cervicais. ◦ Histórico de exposição à radiação na região do pescoço. ◦ Crescimento rápido e recente do nódulo ou massa cervical. • Avaliação de nódulos palpáveis no pescoço.

	• Diagnóstico diferencial de linfonodos aumentados; • Investigação de tumores ou massas cervicais.; • Monitoramento de pacientes com histórico de câncer; • Acompanhamento de alterações citológicas detectadas em exames anteriores; • Avaliação de condições inflamatórias ou infecciosas no pescoço; • Diagnóstico de patologias tireoidianas; • Investigação de tireotoxicose ou hipotireoidismo subclínico.
P2	• Características Benignas na Imagem: Nódulos com características ultrassonográficas de provável benignidade (como nódulos puramente císticos ou isoecóicos com margens regulares) geralmente não têm indicação de PAAF ou são de baixa prioridade, sendo preferido o acompanhamento; • Tamanho Pequeno: Nódulos menores que 1 cm, na ausência de características de alta suspeição, geralmente não são puncionados.

Profissionais solicitantes: Endocrinologistas, Oncologistas, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia cervical. História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico. Consentimento informado do paciente para o procedimento.

PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREOIDE POR AGULHA FINA (PAAF) - procedimento minimamente invasivo que coleta células de nódulos tireoidianos para análise citológica, auxiliando no diagnóstico de malignidade.

- Código SIA/SUS: 02.01.01.047-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREÓIDE POR AGULHA FINA (PAAF)	
P0	A prioridade é maior para nódulos que apresentam múltiplos sinais de alerta na US: • Altamente suspeitos: Nódulos sólidos, marcadamente hipoecoicos (muito escuros), com margens irregulares ou microlobuladas, presença de microcalcificações e forma "mais alta do que larga" no corte transversal (aspecto vertical). • Tamanho do nódulo: O tamanho mínimo para indicação de PAAF varia com o grau de suspeita: ○ Alto risco: PAAF recomendada para nódulos a partir de 1 cm. • Diagnóstico de malignidade em nódulos tireoidianos; • Avaliação de linfonodos cervicais suspeitos em pacientes com câncer de tireoide.

	- Investigação de recidiva de câncer de tireoide; - Investigação de nódulos tireoidianos em pacientes com sintomas compressivos.
P1	- Monitoramento de nódulos tireoidianos previamente biopsiados; - Diagnóstico diferencial de doenças tireoidianas benignas;
P2	Avaliação de nódulos tireoidianos em pacientes com histórico familiar de câncer de tireoide.

Profissionais solicitantes: Endocrinologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Radiologistas, Oncologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames laboratoriais de função tireoidiana (TSH, T4 livre, T3). Resultados de ultrassonografia da tireoide prévia.

POLISSONOGRAFIA - exame que monitora diversas variáveis fisiológicas durante o sono, como atividade cerebral, movimentos oculares, esforço respiratório, saturação de oxigênio, entre outros. É utilizado para diagnosticar distúrbios do sono, como apneia do sono, síndrome das pernas inquietas, narcolepsia, entre outros.

- Código SIA/SUS: 02.11.05.010-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - POLISSONOGRAFIA	
P0	- Pacientes aguardando cirurgias de grande porte (bariátrica, ortognática, cardiológica ou otorrinolaringológica), onde a apneia do sono não diagnosticada ou não tratada aumenta significativamente o risco anestésico e cirúrgico; - Pacientes com distrofias musculares sintomáticas que ainda não utilizam suporte ventilatório (como BiPAP); - Indivíduos com obesidade mórbida que já apresentam dessaturação de oxigênio (saturação de O₂ menor que 90%) mesmo acordados; - Cardiopatas graves; - Pacientes com risco de lesões ou violência devido a parassonias (transtornos comportamentais do sono); - Avaliação de insônia grave.
P1	Pacientes com suspeita de apneia do sono, mas sem as condições de risco de vida,

	como obesos sem dessaturação grave ou pacientes com índice de apneia e hipopneia (IAH) elevado (>30/hora) sem comorbidades graves imediata; • A prioridade é aumentada na presença de: ○ Apneia do sono presenciada por testemunhas ○ Sonolência excessiva diurna que compromete a segurança (ex: dirigir, operar máquinas) ○ Baixa saturação de oxigênio noturna documentada ○ Doenças associadas como hipertensão, doenças cardiovasculares e baixa qualidade de vida geral devido ao cansaço • Avaliação pré-operatória em pacientes com suspeita de distúrbios do sono; • Diagnóstico de narcolepsia.
P2	• Investigação de síndrome das pernas inquietas; • Avaliação de parassonias, como sonambulismo e terrores noturnos; • Investigação de distúrbios do ritmo circadiano.

Profissionais solicitantes: Pneumologistas, Neurologistas, Otorrinolaringologistas, Psiquiatras, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo padrões de sono e sintomas específicos. Informações sobre uso de medicamentos que possam afetar o sono. Resultados de outros exames relacionados ao sono, se aplicável.

RADIOGRAFIA DO ESÔFAGO (REED) - A radiografia do esôfago com contraste, também conhecida como esofagografia, é um exame de imagem que utiliza raios X e contraste para avaliar a anatomia e função do esôfago.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.014-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RADIOGRAFIA DO ESÔFAGO (REED)	
P0	• Suspeita de Perfuração Esofágica; • Avaliação de fístulas esofágicas; • Ingestão de Corpo Estranho; • Disfagia Aguda ou Progressiva: Dificuldade súbita e grave de deglutição (disfagia), especialmente se acompanhada de sinais de comprometimento respiratório ou desnutrição iminente; • Estadiamento de Tumores; • Avaliação Pós-operatória Imediata: Em algumas situações, para verificar a integri-

	dade de uma sutura (anastomose) após cirurgia esofágica, em caso de suspeita de vazamento, o exame pode ser necessário com urgência.
P1	• Suspeita de inflamação (esofagite), úlceras ou estenoses (estreitamentos); • Diagnóstico de acalasia; • Diagnóstico de varizes esofágicas; • Investigação de dor torácica não cardíaca.
P2	• Investigação de refluxo gastroesofágico (DRGE); • Avaliação de hérnia de hiato; • Pesquisa de divertículos (como o divertículo de Zenker); • Avaliação de distúrbios da motilidade esofágica (quando a manometria não está disponível ou como exame inicial).

Profissionais solicitantes: Gastroenterologistas, Cirurgiões gerais, Clínicos gerais, Radiologistas, Oncologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem e laboratoriais prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado utilizado no exame.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para obter imagens detalhadas das estruturas da coluna cervical, incluindo vértebras, discos intervertebrais, medula espinhal e tecidos moles adjacentes.

- Código SIA/SUS Cervical: 02.07.01.003-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	
P0	• Sinais de Mielopatia Aguda: Fraqueza progressiva nos membros, alterações na marcha, perda de coordenação motora ou disfunção esfíncteriana (urinária/intestinal) de início recente, que sugerem compressão da medula espinhal; • Trauma com Suspeita de Lesão Grave; • Investigação de lesões medulares; • Detecção de tumores espinhais; • Sinais de Alerta para Câncer ou Infecção;

	○ Dor cervical noturna persistente, que não melhora com repouso ○ Perda de peso inexplicável associada à dor ○ Febre, calafrios ou histórico de infecção recente (especialmente se houver suspeita de abscesso ou osteomielite vertebral) ○ Suspeita de tumor primário ou metástase na coluna cervical ● Compressão Radicular Grave e Refratária: Dor radicular (irradiando para o braço/mão) intensa e refratária a tratamentos conservadores, ou associada à perda de força motora significativa (não apenas dormência), pode justificar uma avaliação mais rápida. ● Outras Urgências: Suspeita de certas condições vasculares ou inflamatórias agudas na região do pescoço, como abscessos retrofaríngeos.
P1	● Diagnóstico de hernias de disco cervical, incapacitante; ● Avaliação de estenose do canal vertebral cervical; ● Diagnóstico de espondilose cervical; ● Monitoramento de doenças degenerativas da coluna cervical; ● Avaliação de fraturas vertebrais de longa data; ● Monitoramento pós-operatório de cirurgias cervicais.
P2	● Diagnóstico de hérnias de disco cervical, sem comprometimento nas AVD'S; ● Investigação de dor cervical crônica.

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Ortopedistas, Reumatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias da coluna cervical. Informações sobre dispositivos metálicos no corpo do paciente que possam interferir com a Ressonância Magnética.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA - um exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para obter imagens detalhadas das estruturas da coluna lombar, incluindo vértebras, discos intervertebrais, medula espinhal e tecidos moles adjacentes.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.004-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBO-SACRA

P0	- Síndrome da Cauda Equina; - Déficit Neurológico Progressivo ou Severo; - Suspeita de Neoplasia (Tumor/Metástase); - Trauma de Alto Impacto com Suspeita de Fratura Instável; - Condições Inflamatórias Graves: Suspeita de espondiloartropatias inflamatórias, como a espondilite anquilosante, em casos de apresentação atípica ou grave; - Investigação de lesões medulares; - Deteção de tumores espinhais.
P1	- Na maioria dos casos de dor lombar inespecífica ou crônica sem sinais de alarme, a RM não é um exame de urgência e pode ser agendada de forma eletiva após um período de tratamento conservador (repouso relativo, fisioterapia e medicamentos); - Dor Lombar Persistente em Idosos: Dor sem causa aparente em pacientes com mais de 70 anos, devido ao maior risco de fraturas por osteoporose ou malignidade; - Diagnóstico de hérnias de disco lombar; - Avaliação de estenose do canal vertebral lombar; - Diagnóstico de espondilose lombar; - Avaliação de radiculopatia lombar; - Monitoramento de doenças degenerativas da coluna lombar; - Monitoramento pós-operatório de cirurgias lombares.
P2	Na maioria dos casos de dor lombar inespecífica ou crônica sem sinais de alarme e sem tratamento conservador prévio (repouso relativo, fisioterapia e medicamentos).

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Ortopedistas, Reumatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias da coluna lombar. Informações sobre dispositivos metálicos no corpo do paciente que possam interferir com a RM.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para obter imagens detalhadas das

estruturas da coluna torácica, incluindo vértebras, discos intervertebrais, medula espinhal e tecidos moles adjacentes.

- Código SIA/SUS Cervical: 02.07.01.005-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA TORÁCICA

P0	• Déficit neurológico agudo ou progressivo: Fraqueza muscular súbita, perda de sensibilidade, alterações da marcha (forma de andar) ou perda de controle de esfíncteres (incontinência urinária ou fecal); • Suspeita de compressão da medula espinhal: Causada por trauma (fraturas instáveis), tumores (primários ou metastáticos), abscessos ou hematomas que estejam comprimindo a medula; • Trauma raquimedular significativo: Em casos de acidentes com suspeita de lesão grave da coluna vertebral; • Sinais de alerta para condições graves: ○ Dor noturna persistente e intensa que não melhora com repouso. ○ Perda de peso inexplicada associada à dor na coluna. ○ Histórico de câncer, que aumenta a suspeita de metástases ósseas ou compressão medular. ○ Febre ou sinais de infecção associados à dor nas costas (sugerindo espondilodiscite ou abscesso). • Investigação de lesões medulares; • Detecção de tumores espinhais.
P1	• Na maioria dos casos de dor torácica inespecífica ou crônica sem sinais de alarme, a RM não é um exame de urgência e pode ser agendada de forma eletiva após um período de tratamento conservador (repouso relativo, fisioterapia e medicamentos); • Diagnóstico de hérnias de disco torácicas, quando há comprometimento da AVD's ou atividades laborais; • Avaliação de estenose do canal vertebral torácico; • Diagnóstico de espondilose torácica; • Avaliação de mielopatia torácica; • Monitoramento de doenças degenerativas da coluna torácica; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias torácicas.
P2	• Na maioria dos casos de dor torácica inespecífica ou crônica sem sinais de alarme e sem tratamento conservador prévio (repouso relativo, fisioterapia e medicamen-

tos).

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Ortopedistas, Reumatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias da coluna torácica. Informações sobre dispositivos metálicos no corpo do paciente que possam interferir com a Ressonância Magnética.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN INFERIOR / BACIA / PELVE - exame de imagem que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas das estruturas abdominais e pélvicas.

- Código SIA/SUS: 02.07.03.002-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN INFERIOR / BACIA / PELVE

P0	• Suspeita de ruptura de órgãos ou hemorragia ativa; • Processos tumorais agressivos ou em estadiamento urgente; • Condições inflamatórias graves: Suspeitas de doenças inflamatórias agudas e graves, como diverticulite com complicações, ou certas pancreatites, que necessitam de conduta médica rápida. • Suspeita de abscessos ou infecções pélvicas/abdominais: Acúmulos de pus ou infecções que não respondem ao tratamento inicial e requerem localização precisa para drenagem ou cirurgia. • Aneurismas: Suspeita de aneurisma ou dissecação na região pélvica/abdominal inferior, que representa risco de vida. • Avaliação de dores pélvicas inespecíficas e severas; • Triagem de sangramento abdominal ou pélvico; • Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias abdominais ou pélvicas complexas. • Investigação de obstruções intestinais ou urinárias. • Estudo de vasos sanguíneos abdominais ou pélvicos.
P1	• Avaliação de dor abdominal não específica; • Diagnóstico de doenças inflamatórias intestinais; • Estudo de anomalias congênitas ou malformações abdominais ou pélvicas;

	• Monitoramento de resposta ao tratamento em pacientes oncológicos.
P2	• Acompanhamento de doenças crônicas abdominais ou pélvicas.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Urologistas, Ginecologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas abdominais específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR - exame de imagem que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas das estruturas abdominais superiores.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.001- 4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	
P0	• Suspeita de Obstrução Biliar Aguda; • Avaliação de Massas ou Tumores Suspeitos; • Dor Abdominal Persistente e Inexplicável: Investigação de dor abdominal superior grave ou crônica, sem causa identificada por exames iniciais como ultrassom ou tomografia, para buscar patologias tumorais, inflamatórias ou vasculares. • Suspeita de Hemorragia Interna ou Lesão Vascular; • Monitoramento Pós-Transplante: Avaliação da função e integridade de órgãos transplantados (como fígado ou rim), quando surgem complicações. • Resultados Inconclusivos de Outros Exames: Quando ultrassonografia ou tomografia prévias não fornecem informações suficientes para um diagnóstico definitivo, a RM, com sua alta sensibilidade de contraste, torna-se prioritária para elucidação diagnóstica.
P1	• Avaliação de dor abdominal superior não específica, crônica; • Diagnóstico de doenças hepáticas ou pancreáticas; • Monitoramento de doenças crônicas abdominais superiores; • Triagem de alterações no tamanho ou forma dos órgãos abdominais superiores; • Acompanhamento de doenças inflamatórias ou infecciosas; • Estudo de anomalias congênitas ou malformações abdominais superiores; • Monitoramento de resposta ao tratamento em pacientes oncológicos;

- Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias abdominais superiores.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Hepatologistas, Oncologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas abdominais superiores específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia ou tomografia computadorizada. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDE/OUVIDO - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos para obter imagens detalhadas das estruturas do ouvido interno, médio e externo, incluindo as células mastoides. Este exame é essencial para a avaliação de várias patologias que podem afetar a audição e o equilíbrio.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.006-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDE/OUVIDO

P0	• Complicações Intracranianas: Suspeita de meningite, abscesso cerebral, ou trombose do seio venoso, que são complicações graves de uma infecção no ouvido ou mastoide (mastoidite); • Sintomas Neurológicos Agudos; • Mastoidite Aguda com Sinais Graves; • Paralisia Facial: Início súbito de paralisia ou fraqueza do nervo facial, que pode ser uma complicação de uma infecção ou tumor na região; • Trauma do Osso Temporal; • Suspeita de Tumor Agudo: Em situações onde há suspeita de um tumor (como um schwannoma vestibular) causando sintomas súbitos e graves, como perda auditiva assimétrica ou zumbido intenso; • Fístulas perilinfáticas: Investigação de vazamentos de líquido perilinfático; • Metástases.
P1	• Otite média crônica: Avaliação de infecções persistentes no ouvido médio e possíveis complicações; • Schwannoma vestibular: Diagnóstico de tumores benignos no nervo vestibulococlear;

	• Malformações congênitas: Detecção de anomalias estruturais congênitas do ouvido.
P2	• Colesteatoma: Detecção de crescimento anormal de células epiteliais no ouvido médio; • Perda auditiva neurosensorial: Investigação de causas retrococleares de perda auditiva; • Labirintite: Avaliação de inflamação do labirinto; • Tinnitus: Avaliação de zumbido no ouvido para determinar possíveis causas. • Paralisia facial: Investigação de causas otológicas de paralisia do nervo facial.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Neurologistas, Neurocirurgiões, Radiologistas, Clínicos gerais, em casos de suspeita de condições otológicas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos e neurológicos específicos. Resultados de exames auditivos prévios, como audiometria ou testes de emissões otoacústicas. Informações sobre exames de imagem anteriores, como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM). Avaliação da função renal para determinar a segurança do uso de contraste, se necessário. Ausência de contraindicações para RM, como presença de marcapassos, cliques de aneurisma ou outros dispositivos metálicos.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS INFERIORES - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para obter imagens detalhadas das estruturas dos membros inferiores, incluindo ossos, músculos, tendões e vasos sanguíneos.

- Código SIA/SUS: Cervical: 02.07.01.003-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS INFERIORES

P0	• Investigação de tumores ósseos e de partes moles; • Lesões agudas ou traumas severos (como fraturas complexas ou lesões ligamentares graves que necessitam de intervenção cirúrgica imediata); • Sinais de infecção ou inflamação severa (osteomielite, abscessos); • Alterações vasculares agudas (como suspeita de aprisionamento de artéria poplítea ou oclusão vascular que comprometa a viabilidade do membro); • Piora progressiva e inexplicável dos sintomas, como perda de função motora ou dor intensa e refratária a tratamentos convencionais.
P1	• Diagnóstico de lesões musculares e/ou tendíneas; • Avaliação de fraturas ocultas, em casos de trauma prévio e antigo, em casos de

	trauma prévio e antigo, com comprometimento nas AVD's ou atividades laborais; • Diagnóstico de lesões ligamentares, em casos de trauma prévio e antigo, com comprometimento nas AVD's ou atividades laborais; • Monitoramento de doenças inflamatórias musculoesqueléticas; • Avaliação de edema ósseo; • Investigação de dor inexplicada nos membros inferiores; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias ortopédicas.
--	---

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Cirurgiões vasculares, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ultrassonografias dos membros inferiores. Informações sobre dispositivos metálicos no corpo do paciente que possam interferir com a RM.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS SUPERIORES - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para obter imagens detalhadas das estruturas dos membros superiores, incluindo ossos, músculos, tendões e vasos sanguíneos.

- Código SIA/SUS: 02.07.02.002-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBROS SUPERIORES	
P0	• Investigação de tumores ósseos e de partes moles; • Lesões Vasculares Agudas: Avaliação de alterações nos vasos sanguíneos, como aneurismas, estenoses (estreitamentos) graves ou suspeita de coágulos, que necessitem de intervenção imediata para evitar complicações graves. • Infecções Graves: Suspeita de processos inflamatórios ou infecciosos severos nos ossos, músculos ou articulações (como osteomielite ou artrite séptica), que, se não tratados rapidamente, podem levar a danos permanentes. • Traumas Complexos; • Alterações Neurológicas Agudas: Em casos de suspeita de compressão nervosa aguda ou outras patologias neurais que causem perda de função motora ou sensitiva progressiva.
P1	• Diagnóstico de lesões musculares e/ou tendíneas; • Avaliação de fraturas ocultas, em casos de trauma prévio e antigo, em casos de

	trauma prévio e antigo, com comprometimento nas AVD's ou atividades laborais; • Diagnóstico de lesões ligamentares, em casos de trauma prévio e antigo, com comprometimento nas AVD's ou atividades laborais; • Monitoramento de doenças inflamatórias musculoesqueléticas; • Avaliação de edema ósseo; • Investigação de dor inexplicada nos membros superiores; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias ortopédicas.
--	---

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Cirurgiões vasculares, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ultrassonografias dos membros superiores. Informações sobre dispositivos metálicos no corpo do paciente que possam interferir com a RM.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO - exame de imagem que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas dos tecidos moles, estruturas vasculares e nervosas do pescoço.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.003-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	
P0	• Suspeita de Neoplasia (Tumor); • Sintomas Neurológicos Agudos/Graves; • Avaliação Vascular (Angioressonância); • Trauma Recente: Em casos de lesões traumáticas, a RM pode ser necessária com urgência para avaliar danos nos tecidos moles, ligamentos, discos e medula espinhal, se outros exames (como o Raio X ou Tomografia) não forem conclusivos. • Processos Inflamatórios/Infecciosos Graves: Suspeita de abscessos ou infecções graves na região do pescoço que possam comprometer vias aéreas ou estruturas vitais. • Diagnóstico de compressão de estruturas nervosas ou vasculares; • Avaliação pré e pós-tratamento de câncer de cabeça e pescoço; • Estudo de vasos sanguíneos e glândulas salivares no pescoço.
P1	• Avaliação de lesões nos tecidos moles cervicais; • Acompanhamento de lesões traumáticas prévias, não agudas, no pescoço;

	• Diagnóstico de doenças inflamatórias ou infecciosas no pescoço. • Monitoramento pós-operatório de cirurgias cervicais. • Triagem de condições congênitas ou anomalias cervicais;
P2	• Avaliação de dor cervical crônica.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Otorrinolaringologistas, Oncologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia cervical ou tomografia computadorizada. História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para obter imagens detalhadas da região da sela túrcica, onde está localizada a glândula pituitária (hipófise). Este exame é fundamental para a avaliação de patologias que podem afetar a glândula pituitária e suas estruturas adjacentes.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.007-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	
P0	• Alterações Visuais Agudas; • Sintomas Neurológicos Graves: Dor de cabeça intensa e súbita, sinais de aumento da pressão intracraniana, ou alterações do estado mental que possam indicar uma hemorragia hipofisária (apoplexia hipofisária). • Instabilidade Endócrina Severa: Suspeita de insuficiência adrenal aguda devido a um problema hipofisário (hipopituitarismo) ou outras disfunções hormonais graves que causem instabilidade clínica; • Crescimento Rápido de Tumor Conhecido: Documentação de crescimento acelerado de um tumor (macroadenoma) que represente risco iminente para estruturas adjacentes; • Adenomas hipofisários: Detecção e avaliação de tumores benignos da glândula pituitária; • Apoplexia hipofisária: Avaliação de hemorragia ou infarto agudo da glândula pituitária;

	• Craniofaringiomas: Diagnóstico de tumores benignos próximos à glândula pituitária; • Metástases: Avaliação de tumores metastáticos que podem afetar a região da sela túrcica; • Rinorreia de líquido cefalorraquidiano (LCR): Investigação de vazamento de LCR devido a defeitos na base do crânio.
P1	• Hipopituitarismo: Investigação de causas de disfunção hormonal devido a problemas na glândula pituitária; • Hiperprolactinemia: Avaliação de níveis elevados de prolactina, que podem ser causados por prolactinomas; • Acromegalia: Diagnóstico de crescimento excessivo de tecidos devido a produção excessiva de hormônio do crescimento; • Síndrome de Cushing: Investigação de produção excessiva de cortisol causada por adenomas pituitários; • Malformações congênitas: Detecção de anomalias estruturais congênitas da sela túrcica e da glândula pituitária; • Investigação de disfunções hormonais (ganho ou perda de peso inexplicável, alterações menstruais, infertilidade, cansaço constante); • Diagnóstico e acompanhamento de microadenomas e macroadenomas hipofisários estáveis; • Avaliação da síndrome da sela vazia (quando a hipófise encolhe ou achata); • Suspeita de doenças inflamatórias, infecciosas ou malformações vasculares na região hipotálamo-hipofisária.

Profissionais solicitantes: Endocrinologistas, Neurologistas., Neurocirurgiões, Radiologistas, Clínicos gerais, em casos de suspeita de patologias pituitárias.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas endocrinológicos e neurológicos específicos. Resultados de exames laboratoriais prévios, especialmente dos níveis hormonais. Informações sobre exames de imagem anteriores, como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM). Avaliação da função renal para determinar a segurança do uso de contraste, se necessário.

Ausência de contraindicações para RM, como presença de marcapassos, cliques de aneurisma ou outros dispositivos metálicos.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para produzir imagens detalhadas da estrutura e função do coração. Este procedimento é valioso para a avaliação de uma ampla variedade de doenças cardíacas.

- Código SIA/SUS: 02.07.02.001-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO	
P0	• Prevenção Secundária de Morte Súbita Cardíaca: Pacientes que já sofreram parada cardíaca ou taquicardia ventricular sustentada (TVS) têm alta prioridade para avaliação detalhada da estrutura e função do coração. • Avaliação de Isquemia Extensa: Quando outros exames funcionais (como o teste ergométrico) sugerem uma área significativa de isquemia (falta de sangue) no músculo cardíaco (> 10%) ou lesões arteriais de alto risco (ex: lesão de tronco da coronária esquerda > 50%), a RM pode ser priorizada para confirmar a extensão e viabilidade do miocárdio antes de procedimentos como a revascularização. • Suspeita de Miocardite ou Cardiomiopatias: A RM é excelente para diferenciar tecido normal de tecido anormal e diagnosticar doenças complexas, como cardiomiopatia hipertrófica, displasia arritmogênica do ventrículo direito, doenças do pericárdio e doenças congênitas complexas, que podem necessitar de intervenção rápida. • Instabilidade Clínica e Sintomas Graves: Pacientes com síncope (desmaio) inexplicada, dor anginosa refratária ao tratamento clínico ou piora aguda do quadro (agudizações) também podem ter seu exame priorizado com base na avaliação médica. • Doenças valvares cardíacas: Determinação da gravidade de estenoses ou insuficiências valvares. • Doenças congênitas do coração: Avaliação de anomalias estruturais presentes desde o nascimento; • Pericardite e doenças do pericárdio: Diagnóstico e monitoramento de inflamações e outras condições do pericárdio. • Miocardite: Avaliação da inflamação do miocárdio. • Tumores cardíacos: Identificação e caracterização de massas intracardíacas. • Doença aórtica: Avaliação de aneurismas, dissecções e outras patologias da aorta. • Planejamento de procedimentos intervencionistas e cirúrgicos: Fornecimento de informações detalhadas para intervenções cardíacas.
P1	• Avaliação de cardiomiopatias: Diagnóstico e caracterização de diferentes tipos de cardiomiopatia, como dilatada, hipertrófica e restritiva; • Monitoramento pós-tratamento: Avaliação da resposta a tratamentos médicos ou ci-

rúrgicos.

Profissionais solicitantes: Cardiologistas, Cirurgiões cardiovasculares.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma. Avaliação da função renal, especialmente se houver necessidade de contraste gadolínio. Informações sobre a presença de dispositivos metálicos ou implantes no corpo do paciente, que possam interferir no exame.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO - exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para obter imagens detalhadas das estruturas intracranianas, incluindo o cérebro, vasos sanguíneos, nervos cranianos e tecidos adjacentes. Este exame é fundamental para a avaliação de uma ampla gama de condições neurológicas e outras patologias intracranianas.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.006-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO

P0	• Acidente Vascular Cerebral (AVC): Para identificar isquemia ou hemorragia rapidamente; • Traumatismo Cranioencefálico (TCE): Avaliação de hematomas, contusões, fraturas ocultas; • Suspeita de Tumores Cerebrais: Lesões com crescimento rápido ou que causam sintomas neurológicos graves; • Hemorragias/Aneurismas: Rupturas ou malformações vasculares agudas. • Meningite/Encefalite: Infecções graves com inflamação cerebral/meningea; • Crises Convulsivas (Epilepsia) que não responde a tratamento otimizado de anti-convulsivante: Investigação de causa estrutural; • Alterações Agudas na Visão/Audição/Fala: Perda súbita de função neurológica; • Instabilidade Clínica e Sintomas Graves: Pacientes com síncope (desmaio) inexplicada, dor anginosa refratária ao tratamento clínico ou piora aguda do quadro (agudizações) também podem ter seu exame priorizado com base na avaliação médica; • Tumores cerebrais: Diagnóstico e avaliação de neoplasias intracranianas, benignas ou malignas; • Acidente vascular cerebral (AVC): Detecção de áreas de isquemia ou hemorragia cerebral;
-----------	---

	• Malformações vasculares: Avaliação de aneurismas, malformações arteriovenosas (MAVs) e outras anomalias vasculares; • Esclerose múltipla: Diagnóstico e monitoramento de lesões desmielinizantes no sistema nervoso central; • Traumatismo craniano: Avaliação de danos cerebrais causados por traumatismos; • Infecções cerebrais: Diagnóstico de abscessos, encefalites e outras infecções intracranianas; • Hidrocefalia: Avaliação de aumento anormal dos ventrículos cerebrais devido ao acúmulo de líquido cefalorraquidiano (LCR).
P1	• Epilepsia: Localização de focos epilépticos e avaliação de alterações estruturais associadas a crises epiléticas; • Desordens congênitas: Diagnóstico de anomalias estruturais congênitas do cérebro e crânio.
P2	• Doença de Alzheimer e outras demências: Avaliação de atrofia cerebral e outras alterações associadas a demências.

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Radiologistas, Oncologistas, Clínicos gerais, em casos de suspeita de condições neurológicas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos específicos e histórico de condições médicas relevantes. Resultados de exames de imagem prévios, como tomografia computadorizada (TC) ou outras ressonâncias magnéticas. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas, que podem afetar a administração segura do contraste durante o exame. Avaliação da função renal para determinar a segurança do uso de contraste, se necessário. Ausência de contraindicações para RM, como presença de marcapassos, cliques de aneurisma ou outros dispositivos metálicos.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO (RM OUVIDO) - exame de imagem que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para criar imagens detalhadas das estruturas do ouvido interno, médio e externo, incluindo nervos auditivos e vasos sanguíneos.

- Código SIA/SUS: 02.07.01.006-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OUVIDO (RM OUVIDO)	
P0	• Suspeita de tumor agressivo ou lesão expansiva com sinais de compressão neuro-

	lógica (especialmente tumores do ângulo pontocerebelar, como neurinoma do acústico/schwannoma vestibular); • Progressão rápida e inexplicável de perda auditiva neurosensorial, vertigem ou paralisia facial; • Sinais de infecção grave com suspeita de complicação intracraniana (como meningite, abscesso ou trombose de seio venoso); • Avaliação pré-operatória em cirurgias otológicas complexas; • Trauma craniano grave com suspeita de lesão de orelha interna ou nervos (após avaliação inicial com TC).
P1	• Investigação de Doença de Ménière para avaliar a distensão do espaço endolinfático e excluir outras causas; • Avaliação de zumbido persistente e inexplicável ou tontura crônica; • Monitoramento de tumores benignos conhecidos (como schwannomas vestibulares pequenos e estáveis); • Avaliação de malformações congênitas em pacientes estáveis; • Avaliação de perda auditiva neurosensorial; • Investigação de vertigem ou tontura de origem otológica; • Avaliação de doenças inflamatórias do ouvido médio e interno; • Diagnóstico de otosclerose; • Investigação de zumbido persistente (tinido); • Avaliação de distúrbios do equilíbrio e labirintite incapacitantes.
P2	• Sintomas leves, crônicos e sem sinais de alerta que já foram avaliados por métodos menos complexos (como audiometria e, em alguns casos, TC); • Reavaliações de rotina de condições crônicas e estáveis; • Avaliação de distúrbios do equilíbrio e labirintite crônicos.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Neurologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Cirurgiões de cabeça e pescoço.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos e vestibulares específicos. Resultados de exames auditivos prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX - um exame de imagem não invasivo que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para produzir imagens detalhadas das estruturas torácicas.

- Código SIA/SUS: 02.07.02.003-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX

P0	- Estadiamento de tumores; - Avaliação de invasão tumoral; - Avaliação de tumores mediastinais; - Doença vascular pulmonar; - Massas ou nódulos indeterminados; - Planejamento cirúrgico complexo: Fornecimento de imagens detalhadas para orientar cirurgias torácicas complexas; - Diagnóstico de doenças da pleura; - Avaliação de complicações pós-operatórias no tórax.
P1	- Anormalidades em pacientes jovens ou gestantes: Em casos onde a exposição à radiação ionizante (presente na tomografia e no Raio X) deve ser evitada, a RM é o método de escolha; - Investigação de doenças vasculares pulmonares; - Avaliação de doenças cardíacas congênitas; - Monitoramento de doenças intersticiais pulmonares; - Investigação de linfadenopatia mediastinal; - Diagnóstico diferencial de causas de dor torácica; - Avaliação de malformações congênitas do tórax.

Profissionais solicitantes: Pneumologistas, Cardiologistas, Cirurgiões torácicos, Oncologistas e Radiologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem prévios, como tomografias ou radiografias do tórax. Informações sobre alergias conhecidas a contrastes gadolínios, se for utilizado.

TESTE ERGOMÉTRICO - também conhecido como teste de esforço, é um exame não invasivo que avalia a resposta cardiovascular ao exercício físico. Este procedimento é realizado em uma esteira rolante ou bicicleta ergométrica e é usado para diagnosticar e monitorar doenças cardíacas, além de avaliar a capacidade funcional do paciente.

- Código SIA/SUS: 02.11.02.006-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TESTE ERGOMÉTRICO

P0	• Condições agudas: Infarto agudo do miocárdio (há menos de 2 dias), angina instável, embolia pulmonar, miocardite/pericardite ativas, infecções graves, febre; • Diagnóstico de doença arterial coronariana: Identificação de isquemia miocárdica induzida pelo esforço; • Problemas Valvulares/Arteriais: Estenose aórtica grave, insuficiência aórtica importante, obstrução da artéria coronária esquerda; • Arritmias: Não controladas, complexas; • Outros: Hipertensão grave descontrolada, disfunção ventricular, intoxicação medicamentosa; • Investigação de sintomas cardíacos atípicos: Avaliação de dor torácica, dispneia ou fadiga de origem incerta.
P1	• Avaliação de angina estável: Determinação da gravidade e limitação da angina de esforço; • Estratificação de risco em pacientes com doença arterial coronariana: Avaliação do prognóstico e risco de eventos cardíacos futuros; • Avaliação de arritmias induzidas pelo exercício: Monitoramento de irregularidades no ritmo cardíaco durante o esforço; • Avaliação pré-operatória: Determinação da aptidão cardíaca para cirurgias não cardíacas; • Monitoramento pós-infarto do miocárdio: Avaliação da recuperação e capacidade funcional após um evento isquêmico; • Monitoramento de pacientes com valvopatias: Avaliação da função cardíaca em pacientes com doenças valvares conhecidas.
P2	• Avaliação de hipertensão arterial durante o esforço: Monitoramento da resposta da pressão arterial ao exercício; • Avaliação de capacidade funcional e prescrição de exercícios: Determinação da capacidade de exercício e planejamento de programas de reabilitação cardíaca para pacientes não cardiopatas.
P3	• Avaliação cardiológica em atletas.

Profissionais solicitantes: Cardiologistas, Clínicos gerais, Pneumologistas, em casos de dispneia de etiologia incerta, Médicos do esporte, para avaliação da capacidade funcional.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas cardíacos específicos e fatores de risco como hipertensão, diabetes e tabagismo. Resultados de



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

exames prévios, como eletrocardiograma (ECG) ou ecocardiograma (com o limite máximo de três meses da sua realização). Orientações ao paciente sobre a necessidade de uso de roupas e calçados apropriados para o exercício. Instruções ao paciente sobre a interrupção de certos medicamentos, conforme orientação médica, que possam afetar a resposta ao exercício.

TESTE VESTIBULAR -também conhecido como prova calórica ou electronistagmografia, é um exame diagnóstico que avalia a função do sistema vestibular, responsável pelo equilíbrio e pela orientação espacial.

- Código SIA/SUS: 02.11.07.035-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TESTE VESTIBULAR	
P0	• Traumatismos cranianos: Lesões na cabeça podem danificar o ouvido interno ou partes do cérebro envolvidas no equilíbrio; • Exposição a toxinas (Ototoxicidade): Certos medicamentos podem danificar o ouvido interno, resultando em disfunção vestibular; • Infecções: Infecções virais ou bacterianas podem causar condições como a neuroinite vestibular; • Vertigem incapacitante diária com dificuldade em distinguir entre origem central e periférica.
P1	• Enxaqueca vestibular: Tipo específico de enxaqueca que causa tontura e vertigem; • Monitoramento de pacientes com síndromes vestibulares; • Diagnóstico diferencial entre vertigem periférica e central; • Investigação de causas neurológicas de tontura; • Avaliação pré e pós-operatória em cirurgias vestibulares.
P2	• Diagnóstico de vertigem e tontura; • Avaliação de labirintite e outras doenças do labirinto; • Investigação de distúrbios do equilíbrio.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas vestibulares específicos e histórico médico relevante. Informações sobre medicamentos que possam afetar o sistema vestibular. Resultados de exames auditivos e vestibulares prévios, se disponíveis.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX - exame de imagem que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das estruturas torácicas, incluindo pulmões, pleura, mediastino e parede torácica.

- Código SIA/SUS: 02.06.02.003-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	
P0	• Oncologia: ○ Detecção e caracterização de tumores (benignos e malignos) no tórax ○ Estadiamento de câncer de pulmão ou avaliação de metástases de tumores de outras partes do corpo para os pulmões ○ Planejamento de radioterapia ○ Avaliação de massas mediastinais • Avaliação de estruturas vasculares e cardíacas: ○ Investigação de doenças vasculares e pleurais, frequentemente com o uso de contraste intravenoso • Estadiamento de Neoplasias (Câncer); • Suspeita de Lesões Estruturais Graves: Inclui a investigação de alargamento do mediastino identificado em radiografias simples, com suspeita de tumor de mediastino ou aneurisma; • Investigação de Hemoptise (Sangramento Pulmonar); • Doenças Pulmonares Intersticiais e Fibrose Cística: A Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR) é o melhor método para avaliar detalhadamente o parênquima pulmonar em casos de suspeita de fibrose pulmonar, enfisema ou bronquiectasias graves, especialmente se a radiografia de tórax for normal, mas os sintomas respiratórios persistirem; • Avaliação de Doenças Vasculares: Suspeita de aneurismas ou vasculites que necessitam de avaliação detalhada das estruturas vasculares e invasão de tecidos adjacentes; • Diagnóstico de embolia pulmonar; • Investigação de derrame pleural; • Diagnóstico de fraturas de costelas com ou sem lesão pulmonar ou pleural; • Tromboembolismo pulmonar; • Avaliação de complicações pós-operatórias no tórax; • Investigação de causas de dor torácica aguda.
P1	• Avaliação de sintomas torácicos persistentes; • Doenças da aorta;

	- Rastreamento e avaliação de doenças pulmonares: Detecção e acompanhamento de condições como pneumonia, tuberculose, enfisema, asma, bronquiectasias e fibrose cística; - Análise de anomalias congênitas: Identificação de malformações nas estruturas torácicas.
P2	- Avaliação de lesões e traumas antigos: Análise detalhada de costelas, coluna torácica e outras estruturas ósseas; - Síndrome de compressão da veia cava superior; - Pneumopatias Intersticiais crônicas.
P3	Nódulos não neoplásicos (avaliação e acompanhamento), acompanhamento de bronquiectasias.

Profissionais solicitantes: Pneumologistas, Cardiologistas, Cirurgiões torácicos, Oncologistas, Radiologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem prévios, como radiografias ou tomografias do tórax. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL - exame de imagem que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das estruturas ósseas e algumas partes moles da coluna cervical.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.001-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL	
P0	- Traumatismo: Suspeita de fratura ou luxação vertebral após um acidente ou trauma, que pode causar instabilidade da coluna ou lesão da medula espinhal; - Sinais Neurológicos Focais: Presença de déficits neurológicos, como fraqueza muscular, dormência ou perda de sensibilidade nos membros, que sugiram compressão medular aguda ou dano aos nervos; - Deterioração do Quadro Clínico: Pacientes com sintomas cervicais que apresentam piora rápida do estado de saúde ou do quadro neurológico; - Sangramento: Suspeita de sangramento (embora menos comum na coluna cervical)

	do que no crânio, pode estar associado a vias aéreas ou tecidos adjacentes em traumas); • Avaliação Pós-operatória Imediata: Para verificar a posição de implantes, parafusos ou a descompressão de estruturas após uma cirurgia de urgência; • Diagnóstico de Tumores/Metástases: Identificação e estadiamento de processos expansivos, tumores ou metástases que afetam a estrutura óssea da coluna; • Diagnóstico de fraturas vertebrais; • Avaliação de estenose do canal vertebral cervical; • Investigação de lesões traumáticas; • Detecção de tumores ósseos; • Investigação de processo expansivo; • Suspeita de estenose de canal medular; • Suspeita de processo infeccioso.
P1	• Planejamento Cirúrgico; • Infecções: Suspeita de osteomielite (infecção óssea) ou abscessos vertebrais, onde a TC pode delinear a extensão da destruição óssea; • Inconclusividade de Outros Exames: Quando radiografias simples ou ressonância magnética (RM) deixam dúvidas, a TC é superior para visualizar detalhes ósseos, calcificações e fraturas sutis; • Diagnóstico de anomalias congênitas da coluna cervical; • Avaliação de espondilose cervical; • Monitoramento de doenças degenerativas; • Hérnia discal com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Planejamento pré-operatório para cirurgias da coluna cervical.
P2	• Investigação de dor cervical crônica; • Hérnia de disco (com dor não incapacitante e crônica); • Controle de fraturas.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Neurocirurgiões, Reumatologistas, Radiologistas, Oncologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ressonância magnética (RM) da coluna cervical. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado, se for utilizado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR - exame que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das estruturas ósseas e tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar é um exame de imagem que algumas partes moles da coluna lombar.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.02-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

P0	• Trauma e Fraturas: Avaliação de lesões vertebrais agudas, especialmente em pacientes idosos ou com osteoporose; • Suspeita de Infecção: Sinais clínicos de osteomielite, discite ou abscesso epidural (febre, dor persistente e progressiva); • Suspeita de Neoplasia (Tumor): Avaliação de tumores primários da coluna, metástases vertebrais ou lesões; • Déficit Neurológico Progressivo ou Grave: Especialmente se houver suspeita de síndrome da cauda equina (emergência médica caracterizada por fraqueza grave nas pernas, incontinência urinária/fecal e anestesia em sela); • Anomalias Congênitas: Avaliação de má-formações ósseas, como espinha bífida; • Avaliação Pós-operatória: Para avaliar a colocação de instrumentação cirúrgica (implantes metálicos, parafusos) ou complicações; • Planejamento Cirúrgico: Mapeamento detalhado da anatomia óssea antes de procedimentos invasivos; • Hérnia discal com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Contraindicação para Ressonância Magnética (RM): Em pacientes que não podem realizar RM (por exemplo, devido a certos tipos de marca-passos ou cliques metálicos cerebrais), a TC ou a mielografia por TC podem ser alternativas pertinentes; • Detecção de tumores ósseos.
P1	• Trauma e Fraturas: Avaliação de lesões vertebrais crônicas, especialmente em pacientes idosos ou com osteoporose; • Avaliação de estenose do canal vertebral lombar; • Avaliação de espondilose lombar; • Hérnia discal com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais; • Monitoramento de doenças degenerativas; • Controle de processos infecciosos e neoplasias; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias lombares eletivas.
P2	• Investigação de dor lombar crônica.

P3

- Hérnia de disco (com dor não incapacitante e crônica);

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Neurocirurgiões, Reumatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ressonância magnética (RM) da coluna lombar. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado caso for utilizado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORÁCICA - exame de imagem que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das estruturas ósseas e algumas partes moles da coluna torácica.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.003-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORÁCICA

P0	• Trauma Torácico Grave; • Déficit Neurológico Agudo: Pacientes que apresentam perda súbita de força, sensibilidade, ou controle de esfíncteres, que sugira compressão da medula espinhal na região torácica; • Suspeita de Lesão Vascular Importante: Aneurismas ou dissecções da aorta torácica; • Instabilidade da Coluna: Quadros clínicos que indiquem potencial instabilidade da coluna vertebral que possa levar a danos neurológicos secundários; • Suspeita de Infecção Grave (Espondilodiscite); • Monitoramento pós-operatório de cirurgias torácicas com complicações; • Diagnóstico e Estadiamento de Tumores, primários ou metástases.
P1	• Dor Torácica Crônica: Investigação de dor persistente que não melhora com tratamentos iniciais (repouso, fisioterapia ou medicamentos); • Doenças Degenerativas: Avaliação detalhada de alterações ósseas, como osteófitos (bicos de papagaio) ou calcificações, que a ressonância magnética pode não visualizar tão bem; • Planejamento Cirúrgico ou de Radioterapia: Fornecer imagens detalhadas para auxiliar no planejamento de procedimentos; • Hérnia discal com comprometimento nas atividades de vida diárias e/ou laborais;

	• Diagnóstico de anomalias congênitas da coluna torácica; • Avaliação de espondilose torácica; • Monitoramento de doenças degenerativas.
P2	• Investigação de dor torácica crônica.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Neurocirurgiões, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ressonância magnética (RM) da coluna torácica. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado caso for utilizado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE (TC FACE) - exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens transversais detalhadas das estruturas da face, incluindo ossos, seios paranasais, órbitas e estruturas adjacentes.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.004-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE (TC FACE)	
P0	• Traumatismo Facial Grave; • Lesões com Comprometimento Funcional Imediato (vias aéreas, da visão ou da função neurológica devido ao trauma); • Neoplasias (Tumores): Diagnóstico e estadiamento de tumores na face, pescoço ou base do crânio; • Suspeita de Lesões Intracranianas Associadas: suspeita de hemorragia, edema cerebral ou outras complicações no crânio (geralmente solicitada em conjunto com TC de crânio); • Infecções Graves como Celulite Orbitária ou Abscessos, por exemplo; • Corpo Estranho: Localização de corpos estranhos após acidentes; • Complicações Pós-operatórias Imediatas: Avaliação de intercorrências após procedimentos cirúrgicos na região da face.
P1	• Investigação de anomalias congênitas da face; • Monitoramento de processos inflamatórios ou infecciosos na região facial; • Planejamento Cirúrgico: Cirurgias bucomaxilofaciais, implantes odontológicos ou

	procedimentos reconstrutivos, por exemplo; • Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face; • Avaliação de distúrbios odontológicos que afetem a estrutura facial.
P2	• Sinusites Crônicas ou Recorrentes: Avaliação detalhada dos seios paranasais, planejamento cirúrgico de desvios de septo ou pólipos; • Avaliação de Disfunções da ATM: Análise das articulações temporomandibulares (ATM); • Avaliação de implantes dentários e suas relações anatômicas.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Otorrinolaringologistas, Dentistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário. Resultados de exames de imagem prévios, se disponíveis.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES: exame de imagem que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das articulações dos membros inferiores, incluindo quadril, joelho e tornozelo.

- Código SIA/SUS: 02.06.03.002-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

P0	• Traumatismos Agudos: Suspeita de fraturas complexas, fraturas ocultas (não visíveis em radiografias simples), ou lesões ósseas que necessitam de avaliação detalhada para planejamento cirúrgico; • Luxações que requerem intervenção imediata para redução e avaliação de danos associados; • Lesões Vasculares ou Neurológicas Associadas; • Diagnóstico de Doenças Ósseas: Identificação de tumores ósseos, cistos e outras patologias que afetam a estrutura óssea; • Infecções Graves (Osteomielite/Artrite Séptica) que não respondem ao tratamento inicial, para avaliar a extensão da infecção e guiar a drenagem ou desbridamento cirúrgico; • Suspeita de Neoplasias Malignas: Em casos de suspeita de tumores ósseos ou de partes moles (benignos ou malignos), a TC pode ser usada para estadiamento e
-----------	---

	planejamento do tratamento, o que pode ter prioridade; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares com complicações; • Lesões de Partes Moles: Avaliação de abscessos ou infecções; • Corpos Estranhos Intra-articulares: Localização precisa de corpos estranhos que necessitam de remoção.
P1	• Planejamento Cirúrgico: Mapeamento preciso da anatomia da articulação para procedimentos ortopédicos ou colocação de implantes; • Escanometria: Em casos específicos, é utilizada a escanometria por TC para medir o comprimento dos membros inferiores e identificar desalinhamentos; • Dúvida Diagnóstica: Quando exames iniciais de menor complexidade deixam dúvidas sobre a causa da dor, inchaço ou limitação de movimento na articulação; • Investigação de doenças degenerativas articulares; • Avaliação de anomalias congênitas das articulações; • Monitoramento de doenças inflamatórias articulares; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Planejamento pré-operatório para cirurgias articulares.
P2	• Investigação de dor articular crônica.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Cirurgiões vasculares, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ressonância magnética (RM) das articulações. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado caso for utilizado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES - exame de imagem que utiliza raios X para obter imagens detalhadas das articulações dos membros superiores, incluindo ombro, cotovelo e punho.

- Código SIA/SUS: 02.06.02.001-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	
P0	• Traumatismos Agudos: Suspeita de fraturas complexas, fraturas ocultas (não visíveis em radiografias simples), ou lesões ósseas que necessitam de avaliação deta-

	lhada para planejamento cirúrgico; • Luxações que requerem intervenção imediata para redução e avaliação de danos associados; • Lesões Vasculares ou Neurológicas Associadas; • Diagnóstico de Doenças Ósseas: Identificação de tumores ósseos, cistos e outras patologias que afetam a estrutura óssea; • Infecções Graves (Osteomielite/Artrite Séptica) que não respondem ao tratamento inicial, para avaliar a extensão da infecção e guiar a drenagem ou desbridamento cirúrgico; • Suspeita de Neoplasias Malignas; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares com complicações; • Lesões de Partes Moles: Avaliação de abscessos ou infecções; • Corpos Estranhos Intra-articulares: Localização precisa de corpos estranhos que necessitam de remoção
P1	• Planejamento Cirúrgico; • Escanometria: Em casos específicos, é utilizada a escanometria por TC para medir o comprimento dos membros inferiores e identificar desalinhamentos; • Dúvida Diagnóstica: Quando exames iniciais de menor complexidade deixam dúvidas sobre a causa da dor, inchaço ou limitação de movimento na articulação; • Investigação de doenças degenerativas articulares; • Avaliação de anomalias congênitas das articulações; • Monitoramento de doenças inflamatórias articulares; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Planejamento pré-operatório para cirurgias articulares.
P2	• Investigação de dor articular crônica.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Cirurgiões vasculares, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou ressonância magnética (RM) das articulações. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado caso for utilizado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)

- exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas da ATM, auxiliando no diagnóstico de disfunções temporomandibulares (DTMs), anomalias congênitas, traumas e outras condições que afetam essa articulação.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.004-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (ATM)

P0	• Trauma e Fraturas que envolvem estruturas da face; • Bloqueio Crônico da Mandíbula ("Lockjaw"): Para casos de deslocamento crônico do disco articular que resultam em limitação grave e persistente da abertura ou fechamento da boca; • Suspeita de Tumores ou Infecções Ósseas;
P1	• Avaliação de alterações ósseas: A TC é excelente para visualizar a cabeça da mandíbula (côndilo), a fossa mandibular e o tubérculo articular, permitindo identificar desgastes, erosões, osteófitos (bicos de papagaio), fraturas e outras anormalidades estruturais; • Diagnóstico de doenças articulares degenerativas; • Planejamento cirúrgico: Fornece imagens detalhadas em cortes coronais, axiais e reconstruções 3D; • Avaliação de anomalias de desenvolvimento: Ajuda a diagnosticar hiperplasia (crescimento excessivo) ou hipoplasia (desenvolvimento insuficiente) do côndilo mandibular; • Pesquisa de anquilose: Permite identificar a fusão óssea anormal da articulação, que restringe severamente os movimentos da mandíbula; • Limitação de movimento e dor crônica: Em pacientes com queixas de dor intensa e persistente, estalidos (crepitação) e abertura de boca limitada; • Diagnóstico de osteoartrite ou artrite da ATM; • Posicionamento do côndilo: O exame pode ser realizado com a boca aberta e fechada (em oclusão) para avaliar a dinâmica do movimento articular e o posicionamento do côndilo em relação à fossa mandibular. • Avaliação de dor na região da articulação temporomandibular, com disfunção; • Avaliação pré-operatória em cirurgias da ATM.
P2	• Avaliação de dor na região da articulação temporomandibular, sem disfunção; • Investigação de limitação de abertura da boca;

- Monitoramento de próteses ou tratamentos ortodônticos que afetam a ATM;
- Acompanhamento de pacientes com distúrbios da articulação temporomandibular;
- Diagnóstico de estalidos ou crepitação durante o movimento mandibular.

Profissionais solicitantes: Dentistas, Otorrinolaringologistas, Cirurgiões bucomaxilofaciais, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos relacionados à ATM (Articulação Temporo Mandibular). Resultados de exames prévios, como radiografias panorâmicas da mandíbula, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA – exame de imagem não invasivo que utiliza raios-X para obter imagens detalhadas das estruturas intracranianas, incluindo o cérebro, ossos do crânio e vasos sanguíneos. Este exame é fundamental para a avaliação rápida e eficaz de várias condições neurológicas e traumas cranianos.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.006-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO E SELA TÚRCICA

P0	• Traumatismo craniano: Avaliação de fraturas cranianas, hematomas intracranianos e outras lesões decorrentes de trauma. • Acidente vascular cerebral (AVC): Detecção de hemorragias intracerebrais, infartos cerebrais e outras complicações vasculares. • Sinais de Alerta para Tumores: Crises convulsivas de início recente, déficits neurológicos súbitos ou progressivos, ou sinais de aumento da pressão intracraniana; • Infecções intracranianas: Identificação de abscessos cerebrais, meningite e outras infecções; • Aneurismas ou Trombose Venosa Cerebral: Suspeita clínica dessas condições vasculares. • Alteração Aguda do Nível de Consciência: Rebaixamento súbito e sem causa aparente.
P1	• Suspeita de Tumores Hipofisários: Como adenomas (benignos ou malignos). • Avaliação de Distúrbios Hormonais: Causados por problemas na hipófise. • Monitoramento de Patologias Conhecidas: Acompanhamento de tumores ou cistos

já diagnosticados na região.

- Suspeita ou acompanhamento de tumores: Avaliação de tumores cerebrais primários ou metastáticos, bem como processos expansivos na região da sela túrcica (glândula hipófise).
- Investigação de sintomas neurológicos crônicos: Cefaleias persistentes e refratárias a tratamentos iniciais, ou crises convulsivas recentes a esclarecer.
- Doenças vasculares crônicas: Acompanhamento de aneurismas ou trombozes venosas cerebrais já diagnosticadas, ou investigação de suspeitas sem sinais de ruptura aguda.
- Avaliação de alterações endócrinas: Suspeita de patologias da glândula hipófise que justifiquem a avaliação da sela túrcica, como crescimento anormal ou deformações ósseas associadas, geralmente após a realização de exames de sangue ou ressonância magnética.
- Malformações vasculares: Detecção de aneurismas, malformações arteriovenosas (MAVs) e outras anomalias vasculares;
- Doenças degenerativas: Avaliação de atrofia cerebral e outras alterações associadas a demências;
- Hidrocefalia: monitorização da dilatação dos ventrículos cerebrais;
- Cefaleias e enxaquecas: Investigação de causas estruturais para dores de cabeça persistentes ou severas;
- Epilepsia: Avaliação de lesões cerebrais que possam estar associadas a crises epilépticas.

Profissionais solicitantes: Neurologistas, Neurocirurgiões, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos específicos e histórico de condições médicas relevantes. Resultados de exames de imagem prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste ou condições renais comprometidas, que podem afetar a administração segura do contraste durante o exame (se for necessária a TC com contraste). Ausência de contraindicações para TC, como gravidez (deve ser avaliado o risco-benefício).

ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN) - exame de imagem não invasivo que combina ultrassonografia convencional com a técnica Doppler para avaliar o fluxo sanguíneo nas artérias carótidas, localizadas no pescoço. Este exame é crucial na

avaliação da saúde vascular, identificando obstruções e avaliando o risco de doenças cardiovasculares.

- Código SIA/SUS: 02.05.01.004-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN)	
P0	• O exame é considerado urgente para pacientes que apresentam sintomas neurológicos súbitos e recentes que podem indicar um AIT ou AVC em progressão ou recente; • Sintomas neurológicos: Investigação de sintomas como tontura, vertigem ou sintomas de isquemia cerebral transitória, em nível hospitalar; • Aneurismas: Detecção de dilatações anormais nas artérias carótidas que podem predispor a rupturas; • Doenças inflamatórias: Avaliação de condições como arterite temporal, que podem afetar as artérias carótidas; • Avaliação de massas ou tumores: Identificação de massas ou crescimentos que possam comprimir as artérias carótidas; • Avaliação de Fístulas Arteriovenosas; • Avaliação pré-operatória: Determinação da viabilidade cirúrgica em pacientes com estenose carotídea significativa.
P1	• Acompanhamento pós-tratamento: Monitoramento após procedimentos de revascularização, como endarterectomia carotídea ou angioplastia com stent; • Avaliação de cirurgias prévias: Verificação do fluxo sanguíneo após cirurgias que envolvem as artérias carótidas; • Doença Carotídea Assintomática: Investigação de suspeita de obstrução das artérias carótidas (que levam sangue ao cérebro) em pacientes que não tiveram um Acidente Vascular Encefálico (AVE/AVC) ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT) recente, ou como avaliação pré-operatória para cirurgia de carótidas em casos estáveis; • Estenose carotídea: Avaliação da presença e do grau de estreitamento das artérias carótidas, um fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC); • Presença de um "sopro" (bruit) nas artérias carótidas, detectado durante um exame físico de rotina; • Fatores de Risco Cardiovascular: Pacientes com múltiplos fatores de risco têm maior prioridade para avaliação de rotina. Isso inclui: ○ Hipertensão arterial

	○ Diabetes mellitus ○ Níveis elevados de colesterol (dislipidemia) ○ Tabagismo ○ Obesidade ○ Idade avançada ● Avaliação de Doença Conhecida: ○ Acompanhamento de estenose (estreitamento) de carótida previamente diagnosticada, para monitorar a progressão (por exemplo, estenose moderada de 50-69%) ○ Avaliação pré-operatória para outras cirurgias vasculares ou cardíacas, onde a condição das carótidas precisa ser conhecida ● Sintomas Não Agudos/Inespecíficos: ○ Investigação de síncope (desmaios) ou tonturas recorrentes, após exclusão de causas agudas ○ Presença de massa pulsátil no pescoço.
P2	● Rastreamento em pacientes assintomáticos, mas com fatores de risco, como hipertensão, diabetes, colesterol alto, histórico familiar de AVC ou doença cardíaca; ● Histórico Pessoal ou Familiar: ○ Histórico familiar de doença arterial carotídea ou AVC/AIT. ○ Pacientes assintomáticos com um sopro (ruído) audível no pescoço (ausculta carotídea alterada).

Profissionais solicitantes: Angiologistas, Cirurgiões vasculares, Cardiologistas. Neurologistas, Clínicos gerais, em casos de suspeita de doenças vasculares.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos, histórico de condições médicas e fatores de risco cardiovascular. Informações sobre exames de imagem prévios, como tomografias ou ultrassonografias. Condições médicas conhecidas que possam afetar a realização do exame, como alergias ao gel de ultrassom. Não há contraindicações específicas para este exame, sendo seguro para a maioria dos pacientes.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO - exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas das estruturas ósseas, tecidos moles e vasos sanguíneos do pescoço.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.005-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	
P0	• Trauma Cervical em casos de acidentes ou lesões no pescoço; • Obstrução das Vias Aéreas: Suspeita de massas, abscessos ou edema (inchaço) na região do pescoço que estejam a causar dificuldade respiratória ou sintomas compressivos (como dificuldade para engolir ou falar); • Suspeita de Infecção Grave (Abscesso/Flegmão): Avaliação de infecções profundas do pescoço que podem se disseminar rapidamente e causar complicações graves; • Avaliação de Nódulos com Sintomas Neurológicos; • Suspeita de Doença Vascular Aguda: Identificação de aneurismas, trombozes ou dissecções vasculares na região do pescoço; • Estadiamento de Tumores (Urgente): Em pacientes com diagnóstico recente de câncer na região da cabeça e pescoço; • Investigação de corpos estranhos no pescoço.
P1	• Investigação e estadiamento de tumores (neoplasias) na região do pescoço, faringe, laringe ou tireoide; • Pesquisa de adenomegalia (aumento dos gânglios linfáticos) persistente e sem causa aparente; • Avaliação de nódulos de tireoide sem sintomas compressivos (dificuldade para engolir ou respirar); • Diagnóstico e acompanhamento de processos expansivos ou malformações congênitas na região; • Pesquisa de foco de infecção que não responde a tratamentos iniciais ou com suspeita de abscesso; • Investigação de dor crônica no pescoço após falha de métodos de imagem iniciais, como radiografias (RX) ou ultrassonografia (USG); • Acompanhamento pós-operatório de cirurgias cervicais.
P2	• Monitoramento de doenças degenerativas da coluna cervical.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Otorrinolaringologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como radiografias cervicais. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS - exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas das estruturas ósseas, tecidos moles e globos oculares nas órbitas (cavidades que contêm os olhos).

- Código SIA/SUS: 02.06.01.007-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITAS	
P0	• Traumatismo Ocular e Fraturas: Suspeita de fraturas nos ossos da órbita ou da face após acidentes ou agressões; • Corpo Estranho Intraocular, especialmente se for metálico, o que requer localização precisa para remoção e prevenção de danos maiores; • Celulite Orbitária; • Perda Súbita e Inexplicada da Visão: Quando não há uma causa óbvia no exame oftalmológico inicial, a TC pode ajudar a identificar problemas estruturais ou vasculares urgentes, como danos ao nervo óptico ou obstrução de vasos; • Proptose Aguda (Olho Saltado); • Suspeita de Tumores ou Massas com Comprometimento Neurológico: Embora muitos tumores sejam avaliados de forma eletiva, a suspeita de um processo expansivo que cause sintomas neurológicos agudos ou compressão do nervo óptico pode exigir prioridade; • Sintomas Neurológicos Associados: Dor intensa, alterações da consciência, ou outros sinais neurológicos que possam indicar envolvimento do sistema nervoso central secundário ao problema orbital; • Sinais de compressão aguda do nervo óptico: Perda visual súbita, que pode indicar a necessidade de descompressão urgente; • Suspeita de fístula carótido-cavernosa: Comunicação anormal entre a artéria carótida e o seio cavernoso, que pode causar proptose pulsátil e sopro; • Diagnóstico de doenças vasculares ou malformações arteriovenosas.
P1	• Proptose (olho saltado) de progressão lenta: Investigação de causas subjacentes que não apresentam sinais agudos de compressão do nervo óptico; • Suspeita ou estadiamento de tumores benignos ou malignos: Avaliação detalhada da extensão do tumor e estruturas adjacentes quando não há risco iminente de

	compressão visual; • Avaliação de malformações congênitas ou anomalias estruturais; • Doenças inflamatórias crônicas: Acompanhamento de condições como a oftalmopatia de Graves, quando o quadro está controlado ou em fase de investigação inicial sem sinais de atividade inflamatória aguda grave; • Sintomas visuais inespecíficos ou de longa duração: Dores crônicas, alterações visuais progressivas, sem evidência de emergência; • Monitoramento de doenças orbitais inflamatórias ou infecciosas.
--	---

Profissionais solicitantes: Oftalmologistas, Radiologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas oculares específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia ocular ou radiografias. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OUVIDO (TC OUVIDO) - exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas das estruturas do ouvido externo, médio e interno, incluindo ossículos auditivos, cóclea, labirinto e nervo auditivo.

- Código SIA/SUS: 02.06.01.007-9

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OUVIDO (TC OUVIDO)	
P0	• Trauma e Fraturas: Suspeita de fratura do osso temporal ou da base do crânio após um traumatismo cranioencefálico (TCE); • Infecções Graves (Mastoidite); • Complicações Intracranianas: Sinais ou sintomas que sugerem a propagação de uma infecção do ouvido para o cérebro, como meningite, abscesso cerebral ou trombose dos seios venosos; • Deterioração Neurológica: Pacientes com piora do quadro clínico, especialmente se houver alterações neurológicas, paralisia facial súbita ou sinais de aumento da pressão intracraniana; • Corpo Estranho com Complicação: Presença de corpo estranho no ouvido que não pode ser removido facilmente e está causando danos ou infecção;

	Investigação de anomalias vasculares do ouvido.
P1	- Perda auditiva progressiva ou unilateral: Uma perda auditiva que piora ao longo do tempo, ou que afeta apenas um ouvido, necessita de investigação estrutural detalhada, especialmente se a otoscopia (exame do ouvido com aparelho) for normal; - Avaliação de perda auditiva condutiva; - Vertigem e zumbido persistentes; - Suspeita de patologias crônicas: Avaliação de doenças como o colesteatoma (crescimento anormal de pele no ouvido médio), otosclerose ou outras condições inflamatórias/infecciosas crônicas que danificam progressivamente o osso temporal; - Planejamento pré-cirúrgico; - Monitoramento pós-operatório em cirurgias otológicas; - Malformações congênitas; - Diagnóstico de otite média crônica ou aguda.
P2	- Avaliação de doenças do labirinto e labirintite de longa data; - Diagnóstico diferencial de zumbido.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologistas, Neurologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Cirurgiões de cabeça e pescoço.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas auditivos específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames auditivos prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas das estruturas abdominais superiores, incluindo o fígado, pâncreas, rins, baço e vasos sanguíneos.

- Código SIA/SUS: 02.06.03.001-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	
P0	- Trauma Abdominal: Avaliação de lesões internas e sangramento após um impacto na região; - Dor Abdominal Aguda Severa: Dor de início súbito e intensa, especialmente se acompanhada de febre, náuseas ou vômitos persistentes; - Suspeita de Ruptura de Órgãos: Como no caso de um aneurisma da aorta abdomi-

	nal roto, que é uma emergência médica; • Sinais de Peritonite: Inflamação do peritônio (membrana que reveste a cavidade abdominal), que pode indicar uma infecção grave ou perfuração de um órgão; • Obstrução Intestinal: Diagnóstico e diferenciação das causas de bloqueio no intestino; • Pancreatite Aguda Grave: Especialmente a pancreatite necro-hemorrágica; • Suspeita de Abscessos: Coleções de pus que precisam ser localizadas e, frequentemente, drenadas; • Hemodinâmica Instável: Pacientes com pressão arterial baixa (hipotensão) sem causa óbvia; • Aneurisma da Aorta Abdominal: Suspeita ou acompanhamento de dilatações da aorta abdominal, especialmente se o ultrassom for inconclusivo; • Suspeita ou acompanhamento de Neoplasias (Câncer).
P1	• Doenças Inflamatórias Crônicas: Investigação de condições como colite ulcerosa, pancreatite crônica ou diverticulite recorrente, quando a ultrassonografia ou exames laboratoriais não são conclusivos; • Doenças Renais e Urológicas: Diagnóstico de cálculos renais (nefrolitíase) ou hidronefrose, principalmente em casos complexos ou rim único; • Resultados Inconclusivos de Exames Prévios: Quando a história clínica e exames de menor complexidade (como ultrassonografia ou radiografia simples) não fornecem um diagnóstico definitivo; • Sintomas Persistentes e Inexplicáveis: Investigação de dor abdominal crônica, perda de peso não intencional, febre de origem indeterminada ou alterações significativas em exames de sangue (como função hepática ou pancreática); • Investigação de dor abdominal superior não específica; • Diagnóstico de doenças hepáticas, como esteatose, cirrose ou tumores hepáticos; • Triagem de doenças pancreáticas, como pancreatite aguda ou crônica; • Estudo de anormalidades renais ou adrenal; • Investigação de anormalidades vasculares abdominais; • Diagnóstico de doenças do baço, como esplenomegalia; • Acompanhamento pós-operatório de cirurgias abdominais superiores; • Triagem de complicações relacionadas a órgãos abdominais.
P2	• Investigação de dor abdominal superior não específica, crônica.

Profissionais solicitantes: Cirurgião (geral, vascular, pediátrico), Gastroenterologista,



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Oncologista, Endocrinologista, Proctologista, Nefrologista, Urologista, Dermatologista, Hematologista.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas abdominais superiores específicos e histórico médico. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum recomendado para melhor visualização dos órgãos abdominais.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN INFERIOR / PELVE / BACIA -exame de imagem que utiliza raios-X para criar imagens detalhadas das estruturas abdominais inferiores e da pelve.

- Código SIA/SUS: 02.06.03.003-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN INFERIOR / PELVE / BACIA

P0	• Trauma de Alto Impacto: Suspeita de lesões graves em órgãos pélvicos, fraturas de bacia ou hemorragia interna ativa após acidentes; • Dores Abdominais/Pélvicas Intensas e Inexplicáveis: Dores agudas e severas que não melhoram com medicação e cuja causa não foi identificada por exames iniciais (como ultrassonografia); • Suspeita de Perfuração de Órgãos: Sinais clínicos de perfuração intestinal ou de bexiga, que podem levar a sepse se não tratados rapidamente; • Sangramento Ativo: Hemorragia gastrointestinal baixa significativa, sangramento urinário (hematúria) grave ou hemorragia ginecológica aguda (como em casos de gravidez ectópica rota ou cisto ovariano roto); • Obstrução Urinária ou Intestinal Aguda: Suspeita de bloqueio completo ou quase completo do trato urinário (por cálculos ou outras massas) ou do intestino; • Sinais de Infecção Grave/Abscesso: Presença de febre alta, sinais de sepse e suspeita de abscesso pélvico (coleção de pus), que requer drenagem urgente; • Isquemia Intestinal: Suspeita de interrupção do fluxo sanguíneo para uma parte do intestino; • Avaliação Pós-operatória Imediata: Complicações agudas após uma cirurgia recente na região; • Investigação de Processos Expansivos ou Infecciosos Crônicos: Pesquisa de massas, abscessos ou coleções líquidas cuja natureza não foi suficientemente esclarecida por exames iniciais menos complexos (como ultrassonografia ou radiografia simples). • Avaliação de Dor Crônica: Investigação de dor pélvica ou abdominal crônica, refra-
-----------	--

	tária a tratamentos iniciais, quando houver suspeita de condições específicas (ex: endometriose severa, doença inflamatória pélvica crônica, cálculos que migraram); • Diagnóstico de apendicite aguda; • Suspeita de Doença Vascular: Investigação de aneurismas ou outras patologias vasculares crônicas na região da aorta abdominal inferior e vasos ilíacos.
P1	• Estadiamento e Acompanhamento Oncológico: Diagnóstico, estadiamento (determinação da extensão) e acompanhamento de tumores já conhecidos ou suspeitos na região pélvica e abdominal inferior, como tumores renais, de bexiga, próstata, útero, ovário ou intestinais; • Diagnóstico de doenças ginecológicas ou urológicas; • Avaliação pré e pós-operatória de cirurgias abdominais ou pélvicas; • Anomalias Congênitas e Pós-Trauma Estabilizado: Diagnóstico e acompanhamento de malformações congênitas ou avaliação de lesões decorrentes de traumas antigos que necessitam de detalhamento de estruturas ósseas ou de partes moles.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Urologistas, Ginecologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas abdominais específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, como ultrassonografia abdominal. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste, se necessário.

ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar os rins, ureteres e bexiga. Este exame é fundamental para a avaliação de várias condições urinárias.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.005-4

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	
P0	• Suspeita de ruptura de órgãos ou lesões graves decorrentes de traumatismo; • Aneurisma em casos específicos que necessitem de avaliação urgente; • Cálculo renal (pedra nos rins) em rim único, devido ao risco de perda de função renal total; • Hidronefrose obstrutiva aguda (dilatação do rim por bloqueio do fluxo de urina), especialmente se houver suspeita de infecção associada ou insuficiência renal aguda; • Retenção urinária aguda (incapacidade de urinar) severa, que causa dor intensa;

	• Sinais de descompensação grave: Pacientes com sepse de origem urinária, insuficiência renal aguda ou descompensação cardíaca grave associada a problemas urinários; • Suspeita de Neoplasia: Suspeita de tumores em trato geniturinário (lesões sólidas ou cistos Bosniak superior a 3); • Detecção de tumores renais e vesicais;
P1	• Avaliação de sintomas persistentes: Dor lombar crônica ou recorrente (não aguda), alterações no padrão miccional, e presença de sangue na urina (hematúria) após avaliação inicial que exclua urgência; • Acompanhamento de patologias conhecidas: Monitoramento de pacientes com histórico de cálculos renais (litíase), cistos renais simples ou complexos (especialmente Bosniak I ou II), ou outras condições crônicas que necessitam de vigilância regular; • Rastreamento e avaliação inicial: Suspeita de hipertensão renovascular, aumento do volume da bolsa escrotal (em homens, para avaliação de varicocele ou cistos), e avaliação de lesões cutâneas ou subcutâneas em regiões próximas ao trato urinário; • Controle de infecções: Acompanhamento de infecções do trato urinário (ITU) de repetição ou que não respondem ao tratamento convencional, para identificar possíveis causas obstrutivas ou anatômicas; • Pacientes com indicação cirúrgica eletiva: Pacientes que já têm indicação para um procedimento cirúrgico que requer a ultrassonografia como parte do estadiamento ou planejamento pré-operatório; • Diagnóstico de cálculos renais e ureterais; • Avaliação da função renal em pacientes com doença renal crônica; • Investigação de hematúria.
P2	• Investigação de dor lombar de origem urinária. • Monitoramento de cistos renais.

Profissionais solicitantes: Urologistas, Nefrologistas, Clínicos gerais, Radiologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas urinários específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, se disponíveis. Orientações ao paciente sobre a necessidade de ingestão de líquidos antes do exame para melhor visualização da bexiga.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar as estruturas torácicas, especialmente útil, na avaliação da pleura e do parênquima pulmonar periférico.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.013-5

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX

P0

- Avaliação de Lesões da Parede Torácica: Determinar a natureza (sólida, cística) e a extensão de massas ou lesões na parede torácica ou logo abaixo dela.
- Avaliação Detalhada da Pleura e Derrame Pleural: Identificar a presença de líquido (derrame pleural), mesmo em pequenas quantidades, caracterizá-lo (loculado, espessamento pleural) e determinar a melhor abordagem para drenagem.
- Guia para Procedimentos Invasivos: É um método de alta prioridade para orientar biópsias pleurais, toracocentese (drenagem de líquido) e outros procedimentos, aumentando a segurança e reduzindo o risco de complicações (como lesões vasculares ou pneumotórax);
- Instabilidade Hemodinâmica/Choque: Em pacientes instáveis, a ultrassonografia ajuda a identificar rapidamente causas torácicas de choque, como tamponamento cardíaco ou grandes derrames pleurais, que requerem intervenção imediata.
- Complementação de Outros Exames: Quando o Raio X não é conclusivo ou a tomografia computadorizada (TC) detecta uma lesão periférica que precisa de melhor caracterização ou acesso para biópsia.
- Patologias do diafragma: Investigação de alterações na estrutura ou função do diafragma;
- Patologias do mediastino: Avaliação de massas ou outras anormalidades nesta região do tórax;
- Pleuropatias: Estudo de doenças que afetam a pleura (membrana que reveste o pulmão e a parede interna do tórax);
- Avaliação da parede torácica: Investigação de lesões, fraturas, inflamações importantes, ou crescimento anormal de massas na parede torácica, costelas e musculatura;
- Suspeita de tumor ou pesquisa de metástases: Em pacientes com histórico ou suspeita de câncer (mama, pulmão, linfoma), a ultrassonografia pode ser utilizada no estadiamento ou acompanhamento, principalmente para guiar biópsias;
- Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA): A ultrassonografia de tórax é fundamental na avaliação de pacientes com IRpA para identificar rapidamente a causa subjacente;

	• Trauma Torácico: No contexto de trauma, a ultrassonografia é utilizada (parte do protocolo eFAST) para detectar rapidamente a presença de líquido livre (sangue) na cavidade pleural (hemotórax) ou no pericárdio, que são condições de risco à vida; • Pneumotórax: Embora a tomografia seja o método padrão ouro, a ultrassonografia à beira do leito pode diagnosticar rapidamente a ausência de deslizamento pulmonar (sinal de pneumotórax), especialmente quando o paciente não pode ser mobilizado facilmente para um Raio X ou TC; • Pacientes Críticos Acamados: Para pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) ou salas de emergência cuja mobilização é difícil, o ultrassom portátil permite a avaliação diagnóstica no próprio leito, agilizando o manejo.
P1	• Diagnóstico de doenças da parede torácica, sem repercussões hemodinâmicas; • Monitoramento de condições pós-operatórias no tórax.

Profissionais solicitantes: Pneumologistas, Cardiologistas, Cirurgiões torácicos, Radiologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames de imagem prévios, como radiografias ou tomografias do tórax. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras de alta frequência para gerar imagens detalhadas do cérebro de recém-nascidos e lactentes através da fontanela anterior. Este exame é particularmente útil em neonatos, pois a fontanela anterior permite a passagem das ondas sonoras, proporcionando uma visualização clara das estruturas intracranianas.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.017-8

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	
P0	• Prematuridade: Recém-nascidos prematuros (especialmente com menos de 33-34 semanas ou peso $\leq 1,5$ kg) têm indicação de triagem de rotina para detectar hemorragias intracranianas e lesões da substância branca, geralmente dentro dos primeiros 7 dias de vida; • Sintomas Neurológicos Agudos: Bebês que desenvolvem sinais súbitos de problemas neurológicos, como crises convulsivas, alterações do nível de consciência ou

	sinais de hipertensão intracraniana, devem realizar o exame o mais rápido possível; • Lesões hipóxico-isquêmicas: Avaliação de danos cerebrais causados por asfixia perinatal ou outras formas de hipóxia; • Hidrocefalia e Aumento do Perímetro Cefálico: A avaliação ou acompanhamento de hidrocefalia ou um aumento anormal e rápido do perímetro cefálico requerem avaliação prioritária; • Hemorragia intracraniana: Avaliação de hemorragias intraventriculares ou parenquimatosas, particularmente em neonatos prematuros; • Traumatismo de Parto (Tocotraumatismo): Avaliação de lesões decorrentes do parto, como bossas, cefaloematomas ou suspeita de fraturas cranianas; • Suspeita de Malformações ou Infecções Congênitas: Investigação de alterações estruturais, infecções congênitas (como a síndrome da zika congênita) que podem causar calcificações ou dilatações ventriculares. • Avaliação Pré e Pós-Cirúrgica: Em certos casos, antes ou após cirurgias de grande porte (especialmente cardíacas), para avaliar potenciais injúrias cerebrais; • Atraso no Desenvolvimento Neurológico: Embora possa ser uma indicação menos urgente do que as agudas, é um critério importante para investigação de possíveis causas subjacentes; • Asfixia perinatal grave nas primeiras horas/dias de vida; • Sinais neurológicos agudos como convulsões de difícil controle, rebaixamento do nível de consciência, ou alterações hemodinâmicas importantes associadas a possíveis lesões cerebrais.
P1	• Acompanhamento de condições crônicas: Monitoramento de bebês prematuros que já foram diagnosticados com certas condições, como hemorragias peri-intraventriculares de baixo grau ou hidrocefalia estável, para avaliar a evolução ao longo do tempo; • Investigação de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: Avaliação de crianças com atrasos no desenvolvimento, suspeita de malformações congênitas do sistema nervoso central ou outras condições neurológicas sem descompensação aguda; • Suspeita de patologias infecciosas sem sinais de gravidade: Investigação de possíveis infecções congênitas (como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus) que podem afetar o cérebro, mas que não apresentam sintomas agudos que exijam atendimento de emergência; • Avaliação de perímetro cefálico alterado: Exame de rotina para investigar casos de macrocefalia ou microcefalia, quando a condição é identificada em consultas de a-

	companhamento e não como um quadro agudo; • Cistos intracranianos: Identificação de cistos aracnoides, porencefálicos ou outros tipos de cistos cerebrais; • Paralisia cerebral: Investigação de etiologias estruturais associadas a distúrbios motores.
--	--

Profissionais solicitantes: Pediatras, Neonatologistas, Neurologistas pediátricos. Neurocirurgiões pediátricos.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas neurológicos e eventos perinatais relevantes. Resultados de exames de imagem prévios, se disponíveis. Informações sobre condições médicas preexistentes que possam afetar a realização do exame. O exame deve ser realizado enquanto a fontanela anterior permanece aberta (geralmente até 18 meses de idade).

URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL - exame de imagem que utiliza contraste para visualizar a uretra e a bexiga, permitindo a avaliação de anomalias estruturais e funcionais do trato urinário inferior. Este exame pode ser realizado de forma retrógrada ou miccional.

- Código SIA/SUS: 02.04.05.017-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	
P0	• Infecções do Trato Urinário (ITUs) de Repetição: Em crianças, a investigação de refluxo vésico-ureteral (RVU) é uma das principais indicações. ITUs febris e recorrentes podem danificar os rins e, por isso, a investigação não deve ser adiada; • Obstruções Urinárias Agudas ou Severas: Pacientes com suspeita de bloqueio significativo do fluxo de urina, seja por estenose uretral (estreitamento), problemas prostáticos graves (em homens idosos) ou outras lesões, podem necessitar de um diagnóstico prioritário para desobstrução; • Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior; • Nefropatia de Refluxo: Pacientes já diagnosticados com nefropatia de refluxo, especialmente se houver sinais de comprometimento renal progressivo ou hidronefrose (inchaço do rim), podem ter seu exame priorizado para monitoramento e planejamento de tratamento; • Avaliação Pré-cirúrgica Imediata: Quando o exame é essencial para o planejamento de uma cirurgia urológica que não pode esperar (por exemplo, reparo de fístulas ou estenoses severas), ele ganha prioridade.

P1	• Diagnóstico de estenoses uretrais; • Investigação de fístulas; • Detecção de divertículos uretrais; • Diagnóstico de anomalias congênitas da uretra; • Investigação de dor pélvica crônica; • Avaliação de obstrução do trato urinário inferior.
-----------	---

Profissionais solicitantes: Urologistas, Nefrologistas, Radiologistas, Ginecologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas urinários específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como ultrassonografia do trato urinário. Informações sobre alergias conhecidas ao contraste iodado utilizado no exame.

ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES (joelho, mão, ombro, pé, punho e tornozelo) - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar as articulações, incluindo estruturas como tendões, ligamentos, bursas e tecidos moles adjacentes.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.006-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - JOELHO	
P0	• Suspeita de Ruptura Aguda de Tendões ou Ligamentos: Em casos de traumas recentes com suspeita de lesões graves dos tendões (patelar, quadricipital, etc.) ou ligamentos colaterais, o ultrassom pode confirmar a extensão da lesão e ajudar a definir a urgência cirúrgica; • Presença de Derrame Articular Significativo ou Hematoma: O acúmulo excessivo de líquido (derrame) ou sangue (hematoma) no joelho após um trauma pode indicar uma lesão intra-articular importante ou sangramento ativo, necessitando de avaliação e, às vezes, drenagem urgentes; • Suspeita de Cisto de Baker Roto ou Complicado: Embora o cisto de Baker (cisto poplíteo) seja comum, sua ruptura pode causar dor intensa e inchaço, e o ultrassom pode confirmar o diagnóstico e diferenciar de outras causas de dor na panturrilha (como trombose venosa profunda); • Guia para Procedimentos de Urgência: O ultrassom é uma ferramenta essencial para guiar procedimentos minimamente invasivos, como aspiração de cistos ou derrames e infiltrações articulares em situações de dor aguda refratária; • Exclusão de Outras Patologias Agudas: Em pacientes com dor e inflamação inexplicada;

	cadav, o ultrassom pode ajudar a descartar rapidamente condições como celulite, abscessos ou trombose venosa, que requerem manejo imediato;
P1	• Avaliação de anomalias congênitas articulares; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Dor persistente ou inflamação inexplicada: Avaliação de pacientes com dor no joelho que não melhora após um período de tratamento conservador (geralmente de 6 a 12 semanas); • Suspeita de lesão em tecidos moles: Identificação de lesões em ligamentos (colaterais), tendões (patelar, quadricipital), músculos, meniscos (periferia), bursas e derrames articulares (acúmulo de líquido); • Avaliação de cistos e massas palpáveis: Confirmação e localização de cistos (como o cisto de Baker) e outras massas superficiais; • Monitoramento de condições crônicas: Acompanhamento da progressão de doenças como a osteoartrite (artrose), sinovite ou a resposta a tratamentos; • Guia para procedimentos: Planejamento ou guia para procedimentos minimamente invasivos, como infiltrações ou aspirações articulares; • Dificuldade em atividades diárias: Quando os sintomas comprometem atividades básicas diárias, como caminhar sem dor significativa.
P2	• Condições crônicas, sem incapacidade física. • Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - MÃO	
P0	• Suspeita de fratura ou luxação associada a trauma recente, se o Raio X for normal ou inconclusivo; • Dor incapacitante que comprometa atividades básicas diárias e a funcionalidade da mão;

	• Sinais de descompensação ou infecção grave (por exemplo, suspeita de abscesso, sinais inflamatórios intensos que não respondem ao tratamento clínico inicial); • Suspeita de ruptura de estruturas (tendões, ligamentos) após trauma agudo, que possa necessitar de intervenção cirúrgica imediata; • Identificação de sinovite e erosões ósseas: O US é mais sensível que o exame clínico para detectar pequenas coleções líquidas intra-articulares (derrame articular) e alterações precoces na morfologia óssea (erosões), que são marcadores de progressão da doença. • Avaliação de lesões de tecidos moles e tendões: Suspeitas de lesões agudas como entorses, distensões, rupturas de tendões ou ligamentos e tenossinovite (inflamação da bainha do tendão); • Orientação para procedimentos agudos: Em alguns casos, a ultrassonografia pode ser usada para guiar a aspiração de fluido articular ou a injeção de medicamentos nas articulações afetadas.
P1	• Avaliação de anomalias congênitas articulares. • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Diagnóstico e acompanhamento de Artrite Reumatoide (AR) e outras artropatias inflamatórias: A prioridade reside na detecção precoce de sinovite (inflamação da membrana sinovial) e na avaliação da vascularização (hiperemia) com Power Doppler, indicando atividade inflamatória, mesmo em estágios iniciais da doença (menos de 24 meses de história); • Diferenciação entre tipos de artrite: Ajuda a distinguir a artrite reumatoide (padrão simétrico, afetando articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais) de outras condições como osteoartrite (comum nas interfalângicas distais e polegar) ou gota (caracterizada por achados específicos como o sinal do duplo contorno); • Orientação para procedimentos agudos: Em alguns casos, a ultrassonografia pode ser usada para guiar a aspiração de fluido articular ou a injeção de medicamentos nas articulações afetadas.
P2	• Condições crônicas, sem incapacidade física. • Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas

específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - OMBRO	
P0	• Trauma Agudo: Suspeita de lesões graves ou rupturas completas do manguito rotador após um trauma recente (como uma queda), onde o tempo de intervenção pode impactar o sucesso do tratamento. • Dor Intensa e Súbita: Pacientes com dor aguda e severa que limita drasticamente o movimento do ombro. • Perda de Função: Incapacidade repentina de mover o braço ou realizar tarefas básicas. • Suspeita de Complicações: Sinais de inflamação severa (bursite, tendinite calcária agudas), acúmulo de líquido ou infecção que requerem avaliação e possível drenagem imediatas. • Guiar Procedimentos: Quando o ultrassom é necessário em tempo real para guiar procedimentos urgentes, como infiltrações ou aspirações articulares.
P1	• Avaliação de anomalias congênitas articulares. • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares. • Avaliação Clínica Detalhada: O médico da atenção básica (ou especialista que solicitou o exame) deve fornecer um laudo médico detalhado, incluindo histórico, sintomas, exame físico e tratamentos já realizados, para justificar a necessidade do ultrassom. • Falha de Tratamentos Iniciais: A prioridade aumenta se o paciente já realizou tratamentos conservadores (fisioterapia, medicação) por um período adequado sem melhora dos sintomas. • Impacto na Qualidade de Vida e Funcionalidade: Casos em que a dor no ombro ou a limitação do movimento prejudicam significativamente as atividades diárias, o trabalho ou a mobilidade do paciente podem receber maior prioridade. • Necessidade para Definição de Conduta (Cirúrgica ou Intervencionista): A USG de ombro é uma ferramenta importante para avaliar o manguito rotador e outras estruturas. Se o resultado do exame for crucial para decidir entre um tratamento conservador contínuo e um procedimento mais invasivo (como cirurgia), a prioridade pode ser elevada.

P2	- Condições crônicas, sem incapacidade física. - Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.
-----------	--

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - PÉ	
P0	- Suspeita de Lesões Graves/Agudas: Dor súbita e intensa, inchaço significativo ou incapacidade de suportar peso após um trauma podem indicar lesões de tecidos moles (músculos, ligamentos, tendões) que precisam de avaliação imediata; - Sinais de Alerta para Tumores: A presença de nódulos ou massas na planta do pé que apresentam crescimento muito rápido, margens irregulares ou que invadem tecidos adjacentes (músculo ou subcutâneo) deve ligar o sinal de alerta e requer investigação prioritária para descartar lesões malignas; - Suspeita de Fraturas por Estresse ou Insuficiência: Embora o ultrassom avalie principalmente tecidos moles, ele pode identificar descontinuidades na superfície óssea (córtex) em casos de fraturas por estresse ou insuficiência, que se manifestam como dor localizada e persistente; - Infecções e Coleções Líquidas: Suspeita de processos inflamatórios ou infecciosos agudos, como abscessos ou coleções de pus, que necessitam de drenagem urgente; - Comprometimento Vascular/Neurológico: Sinais de comprometimento da circulação (insuficiência vascular) ou da função nervosa, o que pode ocorrer em casos de traumas graves ou síndromes compartimentais.
P1	- Avaliação de anomalias congênitas articulares; - Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; - Condições associadas: Pacientes com diabetes (devido ao risco de pé diabético e neuropatia) ou outras doenças sistêmicas (como artrite reumatoide) podem ter um acompanhamento mais prioritário para prevenir úlceras ou desabamento ósseo (pé de Charcot).

	Necessidade de procedimento guiado: Se a USG for necessária para guiar uma infiltração ou outro procedimento terapêutico, ela pode ser priorizada para início rápido do tratamento.
P2	- Neuroma de Morton: Espessamento do nervo interdigital que causa dor e desconforto no antepé; - Fasciite Plantar: Inflamação da fáscia plantar, comum em casos de dor crônica no calcanhar; - Tendinopatias e Tenossinovites: Inflamação ou lesão dos tendões (ex: tendão fibular curto); - Bursites: Inflamação das bursas (pequenas bolsas de líquido) nas articulações; - Monitoramento de Doenças Reumáticas: Avaliação de sinovite (inflamação da membrana sinovial) e erosões ósseas em pacientes com artrite reumatoide; - Condições crônicas, sem incapacidade física; - Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - PUNHO	
P0	- Suspeita de Síndrome do Túnel do Carpo com Sinais Neurológicos Agudos/Graves: A avaliação do nervo mediano é a principal indicação para este exame. Se houver suspeita de compressão grave com perda progressiva de sensibilidade ou força, a prioridade aumenta. - Processos Inflamatórios Agudos (Artrite Reumatoide): Para pacientes com suspeita diagnóstica recente de sinovite ou inflamação articular, o ultrassom é crucial para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento rapidamente, evitando danos permanentes. - Avaliação de Lesões Traumáticas Agudas: Embora fraturas sejam geralmente avaliadas por radiografia, a ultrassonografia pode ser usada para detectar lesões de te-

	cidos moles (ligamentos, tendões) em casos específicos e, se houver suspeita de lesões graves que necessitem de reparo imediato, a prioridade é maior. • Presença de Massa ou Edema Súbito e Doloroso: Casos com inchaço significativo, dor intensa e suspeita de condições como tenossinovite infecciosa ou abscessos podem requerer avaliação urgente para drenagem ou tratamento imediato.
P1	• Avaliação de anomalias congênitas articulares. • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Síndrome do Túnel do Carpo: Principal motivação para a solicitação de USG do punho, especialmente se os testes eletrodiagnósticos não forem conclusivos. • Doenças Inflamatórias (ex: Artrite Reumatoide): Avaliação de sinovite (inflamação da membrana sinovial) e tenossinovite (inflamação dos tendões) com Power Doppler, pois a inflamação ativa pode predizer erosão óssea precoce. • Suspeita de Processos Expansivos ou Tumorações Palpáveis; • Tenossinovites Específicas: Como a tenossinovite do tendão extensor ulnar do carpo, que pode levar a erosões ósseas se não tratada. • Avaliação de Traumatismos sem Sinais de Urgência Imediata: Exclui-se fraturas óbvias (que iriam para o pronto-socorro e, provavelmente, fariam radiografia primeiro), focando em lesões de tecidos moles (ligamentos, tendões, músculos).
P2	• Condições crônicas, sem incapacidade física. • Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES - TORNOZELO	
P0	• Suspeita de Ruptura Tendínea Completa: A USG pode detectar rupturas em tendões como o do calcâneo (tendão de Aquiles) ou os tendões fibulares. Uma ruptura completa geralmente requer intervenção rápida; • Lesões Ligamentares Agudas (Entorses Graves): Após uma entorse, o ultrassom

	pode avaliar a extensão da lesão ligamentar (se é um estiramento ou uma ruptura parcial/completa); • Derrame Articular Significativo/Inchaço: A presença de grande acúmulo de líquido (derrame articular) ou inchaço (edema) pode ser avaliada para identificar inflamação ou sangramento, o que pode indicar a necessidade de drenagem ou investigação imediata; • Suspeita de Deslocamento (Luxação) Tendíneo: A USG com manobras dinâmicas permite avaliar instabilidades e luxações dos tendões que podem não ser vistas em exames estáticos; • Identificação de Corpos Estranhos: Em alguns casos, a USG pode ajudar a localizar corpos estranhos em tecidos moles, o que pode exigir remoção urgente.
P1	• Avaliação de anomalias congênitas articulares; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias articulares; • Dor ou disfunção articular limitante: Pacientes com dor intensa que interfere significativamente na mobilidade diária, mesmo que não seja uma emergência aguda; • Suspeita de lesões tendíneas ou ligamentares clinicamente relevantes: ◦ Suspeita de rupturas tendíneas parciais (o ultrassom é excelente para avaliar tendões, como o de Aquiles) ◦ Avaliação de lesões ligamentares após um trauma inicial, se o Raio X for normal e houver necessidade de detalhamento dos tecidos moles • Avaliação de massas de tecidos moles: Investigação de cistos (ex: cisto de Baker), edema persistente ou coleções líquidas • Suspeita de infecção ou inflamação ativa: Artrite, sinovite ou tenossinovite com sinais claros de inflamação local, que precisam de um diagnóstico mais rápido para início do tratamento.
P2	• O exame pode ter prioridade menor (ser agendado como rotina) se o paciente apresentar: ◦ Sintomas leves a moderados e controláveis ◦ Condições crônicas já diagnosticadas que requerem apenas acompanhamento de rotina (monitoramento de nódulos ou calcificações estáveis) • Condições crônicas, sem incapacidade física. • Monitoramento de condições pós-operatórias sem complicações.
P3	Não se aplica

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais,



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Fisiatras e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias das articulações. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar os testículos e estruturas adjacentes. Este exame é essencial para a avaliação de várias condições escrotais.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.007-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	
P0	• Dor aguda e intensa na região escrotal: Este é o sintoma mais comum de torção testicular, que é a emergência urológica de maior prioridade; • Início súbito dos sintomas: A dor que começa de forma repentina é um sinal de alerta; • Ausência ou diminuição do fluxo sanguíneo (detectada pelo Doppler): O exame com Doppler é crucial para avaliar a vascularização e confirmar a ausência de fluxo, indicando torção; • Inchaço e vermelhidão (eritema) escrotal: Embora também possam indicar inflamação, na suspeita de torção, a prioridade é afastar a isquemia; • Tumores: Investigação de nódulos ou massas suspeitas nos testículos.
P1	• Aumento de volume da bolsa escrotal: Avaliação de inchaços, cistos (como cistos de cordão) ou hidrocele; • Varicocele: Pesquisa e avaliação de varizes nos testículos, uma causa comum de infertilidade masculina; • Acompanhamento de condições crônicas: Controle de infecções (após tratamento inicial) ou seguimento de pacientes com histórico de torção testicular. • Avaliação de hidrocele; • Monitoramento de orquite e epididimite; • Investigação de infertilidade masculina; • Avaliação de anomalias congênitas escrotais.

Profissionais solicitantes: Urologistas, Clínicos gerais e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas escrotais específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, se disponíveis. Orientações ao paciente sobre a preparação para o exame, se necessário.

ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens dos tecidos moles, glândulas, vasos sanguíneos e linfonodos no pescoço.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.012-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	
P0	• Sintomas compressivos: Rouquidão de início recente, dificuldade para engolir (disfagia) ou respirar (dispneia) que sugerem compressão das estruturas cervicais (como a traqueia ou o esôfago) por um nódulo ou massa; • Suspeita de malignidade: Identificação de linfonodos suspeitos (linfonomegalia) em outras avaliações de imagem ou exame físico, especialmente se houver histórico de câncer de cabeça e pescoço ou tireoide, para estadiamento e planejamento cirúrgico adequado; • Avaliação pré-cirúrgica: A ultrassonografia cervical é considerada obrigatória antes de cirurgias da tireoide (tireoidectomia) para identificar possíveis metástases em linfonodos fora da área cirúrgica principal e garantir o tratamento completo em um único procedimento; • Traumatismo cervical: Em casos de trauma no pescoço, o ultrassom pode ser usado para avaliar rapidamente a ruptura de órgãos ou a presença de processos expansivos (como hematomas) que possam comprometer a via aérea; • Infecções agudas: Suspeita de abscessos ou coleções líquidas que necessitem de drenagem urgente; • Diagnóstico de complicações pós-operatórias no pescoço.
P1	• Resultados de Outros Exames: A ultrassonografia é frequentemente solicitada para a avaliação de nódulos ou alterações identificadas por outros métodos de imagem (como tomografia ou ressonância) ou exames de laboratório, com o objetivo de caracterização detalhada e planejamento de biópsia, se necessário; • Sintomas Compressivos: Nódulos volumosos que causam sintomas compressivos na traqueia ou esôfago, mesmo que benignos, podem ter prioridade aumentada devido ao comprometimento da função respiratória ou de deglutição; • Avaliação Pós-tratamento: O acompanhamento de pacientes que já realizaram tratamento para doenças na região cervical, como câncer, para monitorar recorrên-

	cias; • Monitoramento de condições tireoidianas, como nódulos ou bóciros; • Estudo de fluxo sanguíneo nos vasos cervical; • Acompanhamento de tratamentos para condições cervicais benignas.
P2	• Avaliação de dor cervical localizada e crônica.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Otorrinolaringologistas, Endocrinologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico. Resultados de exames de imagem prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao gel utilizado durante o exame.

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR – a ultrassonografia de abdômen superior com foco nas vias biliares é um exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas do fígado, vesícula biliar e ductos biliares.

- Código SIA/SUS 02.05.02.004-6 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	
P0	• Colecistite aguda; • Colangite aguda; • Pancreatite aguda grave; • Obstrução biliar completa com sinais de infecção sistêmica; • Dor abdominal intensa e súbita: Especialmente se localizada no quadrante superior direito do abdômen, sugerindo uma crise de vesícula biliar (coletíase) ou inflamação (colecistite); • Icterícia (pele e olhos amarelados): O ultrassom pode ajudar a diferenciar rapidamente se a causa é uma obstrução das vias biliares por cálculos ou tumores, ou um problema no funcionamento do fígado; • Sinais de inflamação ou infecção: Febre, calafrios e aumento da sensibilidade abdominal podem indicar colecistite aguda ou pancreatite, que podem ser condições graves; • Suspeita de ruptura de órgãos ou hemorragia interna: Em contextos de trauma abdominal, a ultrassonografia (especificamente o protocolo FAST) é utilizada para identificar rapidamente líquido livre (sangue) na cavidade abdominal;

	Náuseas e vômitos persistentes: Quando acompanham a dor abdominal, aumentam a suspeita de uma condição biliar obstrutiva ou pancreatite grave.
P1	- Investigação de dor abdominal recorrente ou crônica, cuja causa ainda não foi identificada; - Suspeita de cálculos na vesícula biliar (pedras na vesícula), na ausência de inflamação aguda (colecistite) ou obstrução biliar grave (colangite); - Acompanhamento de pólipos na vesícula biliar, especialmente se apresentarem características específicas (tamanho $\geq 1,0$ cm, crescimento rápido) que possam indicar necessidade de intervenção cirúrgica eletiva; - Avaliação de icterícia (coloração amarelada da pele) para diferenciar se a causa é obstrutiva ou hepática, desde que não haja sinais de infecção grave associada. - Monitoramento de doenças hepáticas crônicas, como cirrose ou esteatose hepática (gordura no fígado), para avaliar a progressão da doença; - Avaliação de lesões císticas ou sólidas (nódulos) no fígado, pâncreas ou baço, quando a natureza benigna ou maligna precisa ser determinada; - Triagem de condições inflamatórias ou infecciosas no fígado ou vias biliares. Avaliação de complicações após transplante hepático.
P2	- Cálculos biliares (pedras na vesícula) assintomáticos: Apenas para confirmação diagnóstica e monitoramento; - Alterações em exames laboratoriais: Como enzimas hepáticas elevadas, sem sintomas agudos; - Avaliação de esteatose hepática (fígado gorduroso); - Sintomas digestivos inespecíficos: Dores abdominais leves, recorrentes e sem sinais de alarme.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Hepatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas hepáticos ou biliares específicos e histórico médico. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum recomendado para melhor visualização das estruturas abdominais.

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR –exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras de alta frequência para visualizar e avaliar os órgãos localizados na parte baixa do abdômen, na região pélvica.

- Código SIA/SUS: utilizar código abdome total

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN INFERIOR

P0	- Dor abdominal intensa e aguda: Investigação de causas súbitas de dor no baixo ventre, que podem indicar condições como apendicite, torção ovariana ou cálculo renal impactado; - Suspeita de gravidez ectópica: Em mulheres em idade fértil com dor e sangramento, a suspeita de uma gravidez fora do útero é uma emergência médica que requer ultrassom imediato; - Sangramento vaginal anormal e intenso: Em casos de hemorragia uterina disfuncional severa ou sangramento pós-menopausa, para identificar a origem e a causa; - Retenção urinária aguda: Para avaliar a bexiga e, em homens, a próstata (via suprapúbica), para identificar a causa da obstrução urinária; - Trauma abdominal: Avaliação rápida de lesões nos órgãos pélvicos (bexiga, útero/ovários) após um trauma; - Suspeita de abscesso ou coleção líquida: Identificação de acúmulos de pus ou líquido que possam necessitar de drenagem urgente; - Avaliação de massas palpáveis: Uma massa que cresce rapidamente ou é acompanhada de sintomas graves (como febre, perda de peso) pode ser priorizada para investigação.
P1	- Suspeita ou acompanhamento de tumores com baixo risco para malignidade: Avaliação e acompanhamento de tumores, cistos ou processos expansivos na região pélvica/abdominal inferior; - Sintomas persistentes e não diagnosticados: Investigação de dores no baixo ventre ou região lombar sem causa aparente, que impactam a qualidade de vida do paciente; - Anomalias congênitas; - Avaliação de condições específicas: - Avaliação de resíduo vesical pós-miccional em casos de suspeita de retenção urinária ou problemas na próstata (em homens). - Acompanhamento de infecções crônicas do trato urinário ou pélvico
P2	Sintomas persistentes e não diagnosticados: Investigação de dores no baixo ventre ou região lombar sem causa aparente, que não impactam a qualidade de vida do paciente.
P3	Dor em baixo ventre de longa data.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Hepatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas hepáticos ou biliares específicos e histórico médico. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum recomendado para melhor visualização das estruturas abdominais.

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL – exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras de alta frequência para visualizar e avaliar os órgãos e estruturas localizados em toda a região abdominal e pélvica. É um procedimento rápido, seguro e indolor, geralmente realizado em cerca de 10 a 15 minutos.

- Código SIA/SUS 02.05.02.004-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN TOTAL	
P0	• Dor Abdominal Aguda e Intensa: Dores súbitas e severas podem indicar condições como apendicite, colecistite (inflamação da vesícula biliar), pancreatite ou cólica renal, que necessitam de avaliação imediata; • Suspeita de Aneurisma da Aorta Abdominal Roto ou com Risco de Ruptura: Uma massa abdominal pulsátil ou dor lombar súbita e intensa são sinais de alerta para esta condição potencialmente fatal; • Trauma Abdominal: Em casos de acidentes ou lesões, o ultrassom pode ser usado para detectar rapidamente hemorragias internas (sangue livre na cavidade abdominal) ou lesões em órgãos sólidos como fígado e baço; • Suspeita de Obstrução Urinária Aguda: Pacientes com dor intensa e incapacidade de urinar, onde há suspeita de cálculo renal obstrutivo. O ultrassom pode identificar pedras e dilatação das vias urinárias; • Avaliação de Complicações Pós-operatórias: Para verificar a presença de coleções líquidas (abscessos, hematomas) ou outras complicações após uma cirurgia abdominal; • Icterícia Obstrutiva Aguda: Amarelamento súbito da pele e olhos que pode indicar obstrução das vias biliares por cálculos ou tumores. O ultrassom é o método de escolha para avaliar a vesícula biliar e as vias biliares.
P1	• Sintomas Persistentes e Relevantes: Pacientes com dor abdominal crônica ou recorrente, inchaço, perda de peso não intencional, ou outros sintomas clínicos que, embora não sejam de emergência, requerem investigação para um diagnóstico definitivo;

- Acompanhamento de Doenças Crônicas: Monitoramento de condições já diagnosticadas, como cirrose, esteatose hepática, ou cálculos renais/biliares, cujas complicações podem ser prevenidas com o acompanhamento adequado;
- Avaliação de Alterações em Outros Exames: Resultados anormais de exames laboratoriais (como função hepática ou renal alterada) ou de imagem anteriores (como um simples Raio X), que necessitam de uma investigação mais detalhada por ultrassonografia;
- Pré-requisito para Outros Procedimentos: Quando o ultrassom é necessário como parte do planejamento de cirurgias ou outros tratamentos;
- Anomalias congênitas.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Hepatologistas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas hepáticos ou biliares específicos e histórico médico. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum recomendado para melhor visualização das estruturas abdominais.

ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS - de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas das mamas, enquanto a ultrassonografia axilar avalia os linfonodos da axila em casos de suspeita de doença mamária.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.009-7 (código similar)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILA

- | | |
|-----------|---|
| P0 | <ul style="list-style-type: none"> • Nódulos palpáveis: A presença de um caroço (nódulo) palpável na mama ou axila, especialmente se for recente ou estiver crescendo rapidamente, requer investigação prioritária; • Achados suspeitos na mamografia: Se a mamografia (exame de rastreamento principal para mulheres acima de 40 anos) identificar uma lesão suspeita (classificação BI-RADS 4 ou 5) ou inconclusiva (BI-RADS 0), a USG é indicada para complementar a avaliação e orientar a conduta, como uma biópsia; • Sinais e sintomas de alarme: Outros sinais que indicam a necessidade de avaliação médica imediata e, consequentemente, prioridade na realização de exames de imagem, incluem: <ul style="list-style-type: none"> ○ Secreção (líquido) saindo do mamilo, especialmente se for sanguinolenta ou aquosa e espontânea ○ Alterações na pele da mama (retração, vermelhidão, aspecto de "casca de |
|-----------|---|

	laranja") ○ Retração do mamilo (mamilo invertido) ○ Inchaço ou dor unilateral persistente na mama ou axila • Mulheres jovens (abaixo de 30/40 anos): Em pacientes jovens, que geralmente possuem mamas mais densas, a USG é frequentemente o primeiro exame de imagem solicitado para investigar alterações, como nódulos, após o exame clínico médico; • Gestantes ou lactantes: Devido à segurança do método (não usa radiação), a USG é o exame de escolha para investigar queixas mamárias durante a gravidez ou amamentação, como suspeita de abscesso ou mastite sem resposta a tratamento clínico; • Alto risco: Pacientes com histórico familiar de câncer de mama em idade jovem ou outros fatores de alto risco podem ter prioridade no rastreamento ou investigação de qualquer alteração • Avaliação de secreção mamilar anormal.
P1	• Complementação da Mamografia: Quando a mamografia detecta nódulos, assimetrias ou densidades indeterminadas, a ultrassonografia é usada para caracterizar melhor essas alterações (determinar se são cistos, sólidos, etc.); • Mamas Densas: Em mulheres com mamas densas (comuns em pacientes mais jovens ou naquelas em uso de terapia de reposição hormonal), a ultrassonografia é um método complementar importante para o rastreamento, pois a mamografia pode ter sensibilidade reduzida nesses casos; • Sinais e Sintomas Clínicos: Outras queixas como dor persistente, secreção mamilar (especialmente se sanguinolenta ou unilateral), alterações na pele da mama, inchaço ou retração, que necessitam de avaliação de imagem; • Avaliação da Axila: A ultrassonografia da axila é considerada padrão-ouro na avaliação de linfonodos suspeitos, sendo fundamental para o estadiamento de pacientes com diagnóstico confirmado ou suspeita de câncer de mama; • Gestação e Amamentação: Em casos de alterações mamárias durante o ciclo gravídico-puerperal, a ultrassonografia é o exame de imagem preferencial devido à ausência de radiação; • Acompanhamento de Lesões: Monitoramento de lesões previamente identificadas com classificação BI-RADS 3 (provavelmente benignas, mas que requerem controle de curto prazo); • Avaliação de dor mamária localizada;

- Monitoramento de cistos mamários.

Profissionais solicitantes: Preferencialmente por mastologistas após avaliação

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Resultados de exames de imagem prévios, como mamografia. História clínica detalhada, incluindo sintomas mamários específicos e histórico médico. Informações sobre alergias conhecidas ao gel utilizado durante o exame.

ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas das estruturas da parede abdominal, incluindo músculos, fáscias e tecido adiposo.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.004-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	
P0	• Suspeita de Hérnia Estrangulada ou Encarcerada: Esta é a principal razão para um exame de urgência. Ocorre quando o conteúdo de uma hérnia (como parte do intestino) fica preso e a circulação sanguínea é comprometida, causando dor intensa, inchaço, vermelhidão no local e, às vezes, náuseas e vômitos. Isso é uma emergência médica; • Dor Abdominal Aguda e Intensa: Dores súbitas e severas na região da parede abdominal, especialmente se associadas a um abaulamento ou lesão visível; • Presença de Coleções (líquido ou pus) ou Hematomas: Em casos de trauma ou pós-cirúrgico, grandes coleções ou hematomas que possam estar causando dor, febre ou sinais de infecção exigem avaliação rápida. • Sinais de Inflamação Localizada: Vermelhidão, calor e sensibilidade excessiva na área da parede abdominal podem indicar um processo inflamatório ou infeccioso (como um abscesso); • Avaliação de trauma abdominal grave; • Triage de complicações após procedimentos invasivos na parede abdominal; • Avaliações pré-cirúrgicas de emergência.
P1	• Avaliação de hematomas ou coleções líquidas após um trauma leve ou procedimento cirúrgico, na ausência de sinais de sangramento ativo ou infecção; • Avaliações pré e pós-cirúrgicas de rotina; • Diagnóstico de desordens musculares abdominais com sintomatologia leve;

	• Monitoramento de condições inflamatórias na parede abdominal; • Estudo de condições congênitas ou adquiridas que afetam a parede abdominal.
P2	• Pesquisa de hérnias (umbilical, incisional, epigástrica) ou diástase dos músculos retos abdominais assintomáticas; • Avaliação de lesões subcutâneas como lipomas, cistos ou nódulos na região da parede abdominal; • Investigação de dor crônica ou desconforto na região abdominal.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Cirurgiões gerais, Gastroenterologistas.
Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo localização e características da dor ou sintoma na parede abdominal. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum ou preparo específico pode ser necessário dependendo da indicação clínica.

ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas dos tecidos moles do corpo, como músculos, tendões, ligamentos e tecido adiposo.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.006-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	
P0	• Suspeita de Malignidade (Câncer): Massas ou nódulos de crescimento rápido, fixos, endurecidos ou com vascularização aumentada (detectada pelo Doppler) podem necessitar de avaliação prioritária para diagnóstico e estadiamento. • Processos Inflamatórios/Infecciosos Agudos: Suspeita de abscessos, celulite grave ou outras infecções que requerem drenagem ou tratamento imediato. • Traumatismos com Suspeita de Lesão Grave: Rupturas musculares, hematomas significativos ou suspeita de corpos estranhos (como vidros, metais) retidos nos tecidos que precisam ser localizados. • Avaliação de Complicações Pós-operatórias: Suspeita de formação de seroma (acúmulo de líquido), hematoma ou deiscência (abertura da sutura) em pacientes recém-operados.
P1	• Avaliação de lesões palpáveis superficiais: Investigação de massas, nódulos, lipo-

	mas ou cistos para determinar se são sólidos ou líquidos. • Suspeita de inflamação ou infecção: Avaliação de celulite, abscessos ou outras condições inflamatórias, o que pode aumentar a prioridade de agendamento. • Trauma: Avaliação de lesões decorrentes de acidentes para identificar a extensão do dano tecidual. • Corpos estranhos: Localização de objetos estranhos nos tecidos moles. • Acompanhamento de tumores: Monitoramento da profundidade e características de tumores cutâneos e subcutâneos, o que pode ser um critério de prioridade dependendo do potencial de malignidade. • Linfonodopatias: Investigação de linfonodos aumentados (exceto em regiões específicas como a inguinal). • Investigação de dor ou inchaço em áreas específicas do corpo. • Monitoramento de resposta ao tratamento em doenças musculoesqueléticas, com incapacidade.
P2	• Diagnóstico de lesões musculoesqueléticas, como distensões ou rupturas crônicas; • Monitoramento de resposta ao tratamento em doenças musculoesqueléticas em geral; • Estudo de condições crônicas, como tendinites ou bursites.
P3	Não se aplica

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Ortopedistas, Reumatologistas, Fisioterapeutas, Clínicos gerais.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo localização e características da dor ou sintoma. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Jejum pode ser necessário dependendo da área a ser examinada.

ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL / PELVE / COXO-FEMURAL - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar as estruturas do quadril, incluindo ossos, músculos, tendões e tecidos moles adjacentes.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.006-2

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL / PELVE / COXO-FEMURAL	
P0	• A principal prioridade em recém-nascidos e lactentes é o rastreamento e diagnósti-

	co precoce da Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ); • Rastreamento Universal ou Seletivo: naqueles recém nascidos com fatores de risco (como histórico familiar, apresentação pélvica no parto), idealmente entre a 4ª e 6ª semana de vida; • Sinais Clínicos de Alerta: Assimetria nas dobras da pele das coxas ou nádegas, estalos ou cliques no quadril (instabilidade), ou limitações no movimento identificadas pelo pediatra durante o exame físico; • Suspeita de Luxação Congênita: Quando há suspeita clínica de que a cabeça do fêmur esteja fora do acetábulo; • Dor Aguda ou Crônica: Investigação da causa de dor persistente no quadril, pelve ou região coxo-femoral, que pode estar relacionada a tendinopatias, bursites ou ressalto do iliopsoas; • Trauma e Suspeita de Lesão de Partes Moles: Avaliação de lesões musculares, tendíneas ou derrames articulares após um trauma; • Suspeita de Fratura (como método complementar): Em casos de dor intensa com radiografia normal (principalmente em idosos), outros exames como a ressonância magnética ou cintilografia óssea costumam ter maior prioridade para confirmar fraturas ocultas, mas o ultrassom pode ser usado para avaliar derrames; • Avaliação de Massas ou Coleções: Identificação e caracterização de nódulos, cistos, hematomas ou abscessos na região pélvica ou do quadril.
P1	• Triagem de rotina: Em recém-nascidos com fatores de risco, como apresentação pélvica durante a gestação; • Suspeita clínica: Quando o pediatra detecta alguma anomalia no exame físico do bebê (manobras de Ortolani/Barlow positivas, assimetria de dobras glúteas, etc.); • Idade do exame: Geralmente realizada antes dos quatro a seis meses de idade, pois após esse período, a ossificação da cabeça do fêmur dificulta a avaliação por ultrassom, sendo a radiografia o método de escolha; • Dor crônica no quadril: Investigação de causas como bursite trocantérica, tendinite do iliopsoas ou outras inflamações; • Lesões musculares: Avaliação de distensões, rupturas musculares ou coleções líquidas (hematomas) na região; • "Ressalto" ou Estalos: Identificação da causa de ressaltos audíveis ou palpáveis na região do quadril, como o tendão do iliopsoas ou a banda iliotibial agudos; • Avaliação de tecidos moles: Análise de nódulos, massas ou outras alterações visíveis nos tecidos moles ao redor da articulação;

	• Guias para procedimentos: Auxílio na orientação de injeções ou aspirações em bur-sas ou articulações específicas; • Investigação de bursite trocantérica; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias do quadril; • avaliação de anomalias congênitas.
P2	• "Ressalto" ou Estalos: Identificação da causa de ressaltos audíveis ou palpáveis na região do quadril, como o tendão do iliopsoas ou a banda iliotibial crônicos;
P3	• Dor no quadril de longa data, sem repercussão nas AVD's ou laborais.

Profissionais solicitantes: Ortopedistas, Reumatologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Pediatras.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, como radiografias ou tomografias do quadril. Informações sobre alergias conhecidas a substâncias de contraste, se for utilizada ultrassonografia com contraste.

ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar a anatomia da glândula tireoide, auxiliando no diagnóstico de diversas patologias tireoidianas.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.012-7

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	
P0	• Características Suspeitas em Nódulos: A presença de nódulos com características de alto risco visualizadas em exames de imagem anteriores ou na palpação, tais como: ○ Nódulos hipoeoicos (mais escuros que o tecido circundante). ○ Presença de microcalcificações. ○ Formato "mais alto que largo" (maior diâmetro anteroposterior do que trans-versal). ○ Classificação TI-RADS 4 ou 5 (risco moderado a alto de malignidade). • Sintomas Compressivos: Rouquidão de início recente, dificuldade para engolir (dis-fagia), ou dificuldade para respirar (dispneia/estridor) podem indicar crescimento rá-pido do bócio ou tumor, aumentando a prioridade.

	• Tumorações Palpáveis: Identificação de nódulos ou bócio (aumento do volume da glândula) palpáveis durante o exame físico. • Avaliação de linfonodos cervicais em pacientes com câncer de tireoide.
P1	• Diagnóstico de tireoidite; • Monitoramento de nódulos tireoidianos conhecidos; • Monitoramento pós-operatório de câncer de tireoide; • Monitoramento de pacientes em tratamento com iodo radioativo; • Avaliação de anomalias congênitas da tireoide; • Diagnóstico de doenças autoimunes da tireoide; • Histórico do Paciente: ○ Histórico de irradiação na região da cabeça ou pescoço. ○ História familiar de câncer de tireoide. ○ Idade do paciente (crianças e adolescentes com nódulos têm maior risco de malignidade).
P2	• Achados Laboratoriais: Alterações em exames de sangue da tireóide (TSH, T4, etc.) que sugerem certas condições, como hipertireoidismo ou hipotireoidismo, que requerem avaliação anatômica por ultrassom.

Profissionais solicitantes: Endocrinologistas, Cirurgiões de cabeça e pescoço, Radiologistas, Oncologistas, Clínicos gerais e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico médico relevante.

Resultados de exames laboratoriais de função tireoidiana (TSH, T4 livre, T3).

Informações sobre exames de imagem prévios da tireoide, se disponíveis.

ULTRASSONOGRAFIA DE VEIA PORTA - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas da veia utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas da veia porta, que é responsável por transportar sangue do intestino para o fígado.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.004-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA DE VEIA PORTA	
P0	• Suspeita de Trombose da Veia Porta (TVP): A oclusão aguda da veia porta por um coágulo sanguíneo pode levar a graves complicações hepáticas e intestinais,

	sendo uma emergência médica. A ausência de fluxo ou fluxo invertido na veia porta ao Doppler são sinais críticos; • Avaliação de Hipertensão Portal Descompensada: Embora a hipertensão portal seja uma condição crônica (frequentemente devido à cirrose), a descompensação aguda pode levar a hemorragias digestivas graves (varizes esofágicas) ou ascite refratária; • Diagnóstico de estenose da veia porta; • Traumatismo Hepático com Suspeita de Lesão Vascular; • Monitoramento Pós-Intervenção (Ex: TIPS): Pacientes que passaram por procedimentos como a criação de um shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS) podem precisar de avaliações Doppler urgentes se houver suspeita de disfunção ou oclusão do shunt; • Achados Laboratoriais Críticos: Alterações súbitas e graves nos testes de função hepática (icterícia, insuficiência renal e hemorragias), sem causa aparente, podem indicar lesão hepática aguda grave que necessita de investigação de fluxo.
P1	• Pacientes com sinais clínicos de doenças hepáticas já estabelecidas, mas em condição estável, como a hipertensão portal ou cirrose hepática, para avaliação do grau de comprometimento do fluxo sanguíneo e monitoramento da progressão da doença; • Triagem de varizes esofágicas; • Monitoramento de cirrose hepática e suas complicações. Se complicações graves, considerar P0; • Acompanhamento pós-tratamento para avaliar resposta terapêutica; • Triagem de condições inflamatórias ou infecciosas que afetam a veia porta; • Investigação de ascite ou outros sinais de disfunção hepática; • Estudo de anomalias congênitas ou malformações da veia porta.
P2	• Avaliações de rotina ou acompanhamento de condições crônicas já diagnosticadas e estáveis, onde o resultado do exame não altera a conduta médica imediata, mas é necessário para o manejo a longo prazo.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Gastroenterologistas, Hepatologistas.

Cirurgiões hepato-bilio-pancreáticos.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas hepáticos ou gastrointestinais específicos e histórico médico. Informações sobre exames de



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

imagem prévios, se disponíveis. Jejum recomendado para melhor visualização da região abdominal.

ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas das estruturas da região inguinal, incluindo tecidos moles, vasos sanguíneos e linfonodos.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.007-0 (similaridade)

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL	
P0	• Encarceramento da hérnia; • Estrangulamento da hérnia: Esta é uma emergência médica grave, onde o suprimento sanguíneo para o tecido encarcerado é cortado. Os sintomas associados incluem dor intensa e súbita, inchaço irreduzível, alterações na cor da pele sobre a hérnia (vermelhidão ou escurecimento), náuseas, vômitos e, por vezes, febre; • Sintomas agudos e intensos: Dor inguinal (na virilha) severa, de início recente e que não melhora com repouso, especialmente se acompanhada de um abaulamento (inchaço) visível e sensível ao toque; • Dúvida diagnóstica em casos de dor aguda: Quando o exame clínico não é conclusivo e há necessidade de diferenciar rapidamente uma hérnia de outras causas de dor escrotal/inguinal aguda, como torção testicular (outra emergência) ou trombose do plexo pampiniforme.
P1	• Dor e Abaulamento Sintomáticos: A principal indicação é a investigação de dor ou a presença de um abaulamento (inchaço) na região da virilha que é redutível (desaparece ao deitar ou ser pressionado) e não apresenta sinais de complicação; • Dificuldade de Diagnóstico Clínico: Quando o exame físico no consultório não é conclusivo para identificar ou classificar a hérnia; • Sintomas Leves a Moderados: Pacientes com desconforto, sensação de peso ou dor intermitente, mas sem sinais de gravidade; • Planejamento Cirúrgico: A ultrassonografia ajuda a mensurar a dimensão da hérnia e a planejar a metodologia cirúrgica mais adequada; • Avaliação de linfonodos aumentados ou inflamados; • Monitoramento de resposta ao tratamento de condições inguinais; • Diagnóstico de infecções locais; • Acompanhamento pós-cirúrgico de procedimentos inguinais; • Triage de complicações após trauma na região inguinal; • Investigação de doenças reumatológicas que afetam a virilha.

P2

- Investigação de hérnias inguinais assintomáticas, encontradas no exame físico.

Profissionais solicitantes: Radiologistas, Cirurgiões gerais, Ortopedistas, Clínicos gerais e generalista.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos na região inguinal e histórico médico. Informações sobre exames de imagem prévios, se disponíveis. Preparo específico pode ser necessário dependendo da indicação clínica.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA - exame de imagem utilizado durante a gestação para monitorar o desenvolvimento fetal, avaliar a placenta, verificar o volume de líquido amniótico e detectar possíveis anomalias congênitas.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.014-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

P0	- Sangramento vaginal intenso ou acompanhado de dor, pois pode indicar ameaça de aborto, gravidez ectópica (fora do útero) ou descolamento de placenta (DPP); - Dor abdominal intensa e persistente; - Diminuição ou ausência dos movimentos fetais; - Perda de líquido amniótico; - Pressão alta súbita e sinais de pré-eclâmpsia: Sintomas como dor de cabeça, alterações visuais, inchaço súbito e pressão alta podem indicar pré-eclâmpsia; - Suspeita de gravidez ectópica ou molar; - Outras condições maternas graves: Doenças maternas pré-existentes, como cardiopatias, diabetes gestacional, ou outras condições que evoluem com descompensação aguda durante a gestação.
P1	Existem critérios de prioridade no planejamento do pré-natal para gestações de alto risco, que requerem um acompanhamento mais frequente com ultrassonografias adicionais: - Idade materna avançada (acima de 40 anos); - Doenças crônicas maternas (hipertensão, diabetes, lúpus, etc.); - Histórico de gestações anteriores complicadas (abortos de repetição, parto prematuro, bebê com malformação); - Crescimento fetal inadequado (muito pequeno ou muito grande para a idade gestacional); - Datação da gravidez;

- Rastreamento de anomalias cromossômicas;
- Diagnóstico de gestação múltipla;
- Avaliação de placenta prévia;
- Acompanhamento de gestação de alto risco.

Profissionais solicitantes: Obstetras, Ginecologistas, Radiologistas, Clínicos gerais e generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Cartão de pré-natal com histórico detalhado da gestação. Informações sobre eventuais complicações ou condições médicas maternas. Resultados de exames de ultrassonografia prévios, se disponíveis.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO - exame de imagem que utiliza a técnica Doppler para avaliar o fluxo sanguíneo fetal e materno durante a gestação. É crucial para o monitoramento de condições como pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e outras complicações relacionadas à circulação placentária.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.015-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO

- | | |
|-----------|--|
| P0 | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e monitoramento de pré-eclâmpsia; • Avaliação de crescimento fetal restrito; • Investigação de anomalias na circulação fetal; • Avaliação de anormalidades placentárias; • Diagnóstico de placenta prévia com invasão de vasos; • Monitoramento de fetos com risco aumentado de hipóxia intrauterina; • Avaliação de alterações na resistência do fluxo sanguíneo materno-placentário; • Rastreamento de trombofilias e outras condições maternas que afetam a circulação placentária; • Avaliação de fetos com anomalias cardíacas ou vasculares; • Suspeita de Restrição do Crescimento Intrauterino (RCIU): Se o feto apresenta um tamanho abaixo do esperado para a idade gestacional, o Doppler ajuda a determinar se a causa é a má oxigenação ou nutrição devido a problemas na placenta; • Doenças Maternas Crônicas: Gestantes com condições como hipertensão (incluindo pré-eclâmpsia), diabetes gestacional com risco vascular, trombofilias ou doenças |
|-----------|--|

renais têm indicação prioritária para monitoramento com Doppler;

- **Gestação Múltipla:** Em casos de gestações de gêmeos ou mais fetos, o Doppler é essencial para avaliar a função placentária de cada um e o volume de líquido amniótico, monitorando o bem-estar de todos os bebês;
- **Suspeita de Sofrimento Fetal:** Sinais de que o bebê pode não estar recebendo oxigênio suficiente (hipóxia fetal) indicam a necessidade urgente do exame para avaliar a vitalidade fetal através do fluxo na artéria cerebral média e no ducto venoso;
- **Alterações no Líquido Amniótico:** Níveis anormais (muito altos ou muito baixos) de líquido amniótico podem ser um sinal de alerta que requer avaliação com Doppler;
- **Anormalidades no Cordão Umbilical ou Placenta:** Suspeitas de acretismo placentário (placenta aderida de forma anormal ao útero) ou problemas no fluxo da artéria umbilical são indicações diretas;
- **Antecedente de Óbito Fetal:** Em gestações subsequentes, o Doppler é utilizado de forma prioritária para monitorar rigorosamente o bem-estar do bebê e evitar a repetição do problema;
- **Incompatibilidade Sanguínea Materno-Fetal (p. ex., Fator Rh):** O Doppler pode ajudar a identificar risco de anemia fetal em casos de sensibilização;
- **Suspeita de Anomalias Congênitas:** Em alguns casos, a avaliação do ducto venoso no primeiro trimestre pode ajudar a identificar risco de defeitos congênitos.

Profissionais solicitantes: Obstetras e Ginecologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Cartão de pré-natal com histórico detalhado da gestação. Informações sobre eventuais complicações ou condições médicas maternas.

Resultados de exames de ultrassonografia obstétrica prévios, se disponíveis.

ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PBF (Perfil Biofísico Fetal) - exame de ultrassom no terceiro trimestre que avalia a saúde e o bem-estar do bebê, analisando 5 parâmetros: movimentos fetais, tônus fetal, movimentos respiratórios, volume do líquido amniótico e, às vezes, a reatividade da frequência cardíaca (Cardiotocografia), para detectar precocemente sinais de sofrimento fetal e guiar condutas em gestações de risco como diabetes ou pré-eclâmpsia.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.015-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PBF

P0

O PBF é solicitado pelo médico obstetra quando há suspeita ou presença de condições

que podem comprometer a oxigenação e a saúde do feto:

- **Complicações Maternas:**
 - Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia.
 - Diabetes gestacional ou pré-existente.
 - Doenças renais crônicas ou outras condições médicas maternas graves.
- **Complicações Fetais/Gestacionais:**
 - Diminuição da movimentação fetal percebida pela mãe (principal indicador de alerta).
 - Restrição de crescimento fetal (bebê crescendo menos que o esperado).
 - Volume de líquido amniótico diminuído (oligodrâmnio).
 - Gestação prolongada (pós-datismo, após a data prevista do parto).
 - Suspeita de insuficiência placentária (fluxo sanguíneo inadequado, avaliado muitas vezes com ultrassom Doppler).
 - Histórico de complicações ou perda fetal em gestações anteriores.
 - Outros fatores de risco identificados pelo profissional de saúde.

Profissionais solicitantes: Obstetras e Ginecologistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: A prioridade para sua realização é determinada por critérios médicos, sendo geralmente reservada para gestações de médio e alto risco, a partir de 32 a 34 semanas, ou antes, se houver indicação clínica específica. Cartão de pré-natal com histórico detalhado da gestação. Embora seja um exame agendado (eletivo), sua finalidade é avaliar a vitalidade fetal e a oxigenação do bebê. Em casos de resultados alterados (PBF suspeito ou anormal), a prioridade clínica aumenta significativamente, podendo levar à repetição do exame ou até mesmo à indicação de antecipação do parto para proteger a saúde do feto. Informações sobre eventuais complicações ou condições médicas maternas. Resultados de exames de ultrassonografia obstétrica prévios, se disponíveis.

ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR - exame de imagem essencial para gestações de gêmeos, usando ultrassom para avaliar detalhadamente cada feto, sua anatomia, crescimento, bem-estar e desenvolvimento, além de verificar a placenta(s) e sacos amnióticos, sendo crucial para identificar precocemente possíveis anomalias e complicações, como problemas cromossômicos ou restrição de crescimento.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.014-3

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR

P0	• Frequência dos Exames: ○ Gestações Dicoriônicas (menos risco): Acompanhamento ultrassonográfico geralmente a cada 4 semanas após a morfológica de segundo trimestre, se não houver complicações. ○ Gestações Monocoriônicas (mais risco): Avaliações a cada 15 dias, a partir de 16-20 semanas, com Doppler e medida do líquido amniótico, devido ao risco de complicações específicas. • Sinais de Alerta: A prioridade máxima (urgência) é acionada na presença de sinais de complicações, tais como: ○ Suspeita de restrição de crescimento intrauterino (RCIU). ○ Alterações no líquido amniótico (oligodrâmnio/polidrâmnio). ○ Sinais de Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF). ○ Colo do útero curto, indicando risco de parto prematuro. ○ Estados hipertensivos na gravidez.
-----------	---

Profissionais solicitantes: Obstetras, Ginecologistas, Radiologistas, Clínicos gerais, Enfermeiros.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: Em gestações gemelares, a prioridade da ultrassonografia não é em termos de ser um exame "eletivo", mas sim em determinar a corionicidade (número de placentas) o mais cedo possível (idealmente antes de 14 semanas) para estratificar o risco e definir o cronograma de acompanhamento, que é sempre considerado de alto risco. Cartão de pré-natal com histórico detalhado da gestação.

Informações sobre eventuais complicações ou condições médicas maternas. Resultados de exames de ultrassonografia obstétrica prévios, se disponíveis.

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA - imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens dos órgãos pélvicos femininos, como útero, ovários, bexiga e estruturas adjacentes. É amplamente utilizado na avaliação de condições ginecológicas e obstétricas.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.016-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA

P0	• Investigação de dor pélvica aguda, acentuada; • Suspeita de cisto ovariano roto.
-----------	--

P1	• Acompanhamento pré e pós-tratamento para endometriose; • Diagnóstico de massas ou tumores ovarianos; • Rastreamento de anomalias uterinas; • Avaliação de sangramento uterino anormal.
P2	• Avaliação de infertilidade. • Avaliação de miomas uterinos; • Monitoramento de tratamentos para condições ginecológicas;
P3	• Investigação de dor pélvica crônica;

Profissionais solicitantes: Ginecologistas, Obstetras, Radiologistas, Clínicos gerais generalistas.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico ginecológico. Resultados de exames ginecológicos prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao gel utilizado durante o exame.

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA MASCULINA (PRÓSTATA), VIA ABDOMINAL - exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras para visualizar a próstata e estruturas adjacentes. Este exame é utilizado para avaliar condições prostáticas e pélvicas.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.010-0

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA MASCULINA (PRÓSTATA), VIA ABDOMINAL	
P0	• Sintomas Urinários Obstrutivos Graves: Dificuldade acentuada para urinar (jato de urina fraco ou interrompido), aumento significativo da frequência urinária (incluindo micção noturna frequente, ou nictúria), e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga; • Retenção Urinária Aguda: Incapacidade súbita e dolorosa de urinar, o que é uma emergência médica; • Resíduo Urinário Pós-Miccional Elevado: A ultrassonografia mede o volume de urina que permanece na bexiga após a micção. Um volume residual significativo indica obstrução e pode necessitar de intervenção rápida para evitar danos renais; • Suspeita de Complicações: Sinais ou sintomas que sugerem complicações decorrentes de problemas na próstata, como infecções urinárias recorrentes, pedras na bexiga ou dilatação dos rins (hidronefrose); • Dor Pélvica ou Escrotal Inexplicada: Dor persistente ou intensa na região pélvica ou escrotal pode indicar inflamação (prostatite, por exemplo) ou outras condições que

	requerem investigação imediata; • Alterações no Exame de Toque Retal ou PSA (acima de 10 ng/ml); • Avaliação de complicações pós-biópsia de próstata; • Avaliação de abscessos prostáticos.
P1	• Avaliação e acompanhamento de Condições Conhecidas: Monitoramento da progressão da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) ou outras condições benignas; • Suspeita de Complicações: Sinais de esforço excessivo da bexiga (espessamento da parede da bexiga), dilatação dos rins (hidronefrose) ou presença de cálculos (pedras) na bexiga, que podem exigir tratamentos mais imediatos; • Investigação de dor pélvica crônica; • Monitoramento pós-operatório de cirurgias prostáticas; • Investigação de hematospermia; • Monitoramento de nódulos prostáticos já conhecidos; • PSA entre 4 e 10 ng/ml.

Profissionais solicitantes: Urologistas, Clínicos Gerais generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas urinários específicos e histórico médico relevante. Resultados de exames prévios, se disponíveis. Orientações ao paciente sobre a necessidade de encher a bexiga antes do exame para melhor visualização.

ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL - exame de imagem que utiliza ondas sonoras para criar imagens detalhadas dos órgãos pélvicos femininos, como útero, ovários e estruturas adjacentes. O transdutor é inserido na vagina para obter imagens mais próximas e detalhadas dos tecidos em comparação com a ultrassonografia abdominal.

- Código SIA/SUS: 02.05.02.018-6

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	
P0	• Sangramento intenso ou de início súbito em pós-menopausa; • Investigação de Irregularidades Menstruais (com sangramento ativo intenso): Avaliação de ciclos irregulares ou amenorreia quando a paciente apresenta perda volêmica significativa ou anemia moderada a grave; • Sangramento vaginal importante associado a alterações hemodinâmicas (como pressão baixa, desmaio/choque);

	• Dor pélvica aguda e de forte intensidade que não melhora com tratamento clínico inicial e não apresenta sinais claros de abdome agudo, especialmente se houver suspeita de gravidez ectópica ou torção ovariana; • Suspeita de gravidez ectópica, principalmente se a paciente tiver dor pélvica e teste de gravidez positivo; • Sangramento uterino aumentado com perda volêmica importante resultando em anemia moderada a grave; • Doença inflamatória pélvica aguda sintomática; • Avaliação de massas pélvicas conhecidas ou suspeitas que se manifestam com sintomas agudos ou piora clínica súbita.
P1	• Investigação de Irregularidades Menstruais (sem sangramento ativo intenso): Avaliação de ciclos irregulares ou amenorreia (ausência de menstruação) quando a paciente não apresenta perda volêmica significativa ou anemia moderada a grave; • Acompanhamento de Condições Crônicas Estáveis: Monitoramento de miomas uterinos, cistos ovarianos ou adenomiose que já são conhecidos e não estão causando dor aguda ou complicações imediatas; • Avaliação para Tratamentos de Fertilidade: Exames de imagem para auxiliar em tratamentos de reprodução assistida, quando não há urgência médica associada; • Diagnóstico de cistos ovarianos; • Suspeita de Pólipos Endometriais ou Miomas: Investigação diagnóstica inicial ou de acompanhamento, desde que o sangramento associado não seja intenso ou de início súbito em pós-menopausa (caso contrário, seria prioritário); • Avaliação de miomas uterinos; • Diagnóstico de endometriose; • Acompanhamento de tratamentos hormonais ou cirúrgicos ginecológicos; • Avaliação pré e pós-menopausa; • Confirmação Inicial de Gravidez em Casos de Baixo Risco: A ultrassonografia transvaginal é usada para confirmar a idade gestacional nas primeiras semanas, mas em gestações de baixo risco, sem sinais de alerta (como sangramento ou dor intensa), o agendamento segue o fluxo normal do pré-natal; • DIU inserido no pós-parto ou pós-aborto, preferencialmente para avaliação entre 30 e 45 dias após o evento; • Fio do DIU não visualizado ao exame especular; • Fio do DIU mais longo ou mais curto do que o esperado, sugerindo possível deslocamento;

	- Suspeita de expulsão parcial ou total, incluindo visualização de haste plástica no colo/vagina ou relato de saída do dispositivo; - Dor pélvica persistente, intensa ou fora do padrão esperado após a inserção; - Sangramento uterino anormal persistente ou desproporcional, especialmente após o período inicial de adaptação; - Suspeita de perfuração uterina ou migração do DIU; - Gestação ou suspeita de gestação em usuária de DIU; - Dificuldade ou insucesso na retirada do DIU, especialmente quando os fios não são visíveis; - Suspeita clínica de mau posicionamento em paciente sintomática.
P2	Avaliação para Tratamentos de Fertilidade: Exames de imagem para auxiliar em tratamentos de reprodução assistida, quando não há urgência médica associada.
P3	Rastreamento e Acompanhamento de Rotina: Exames anuais de rotina para avaliação da saúde ginecológica geral, na ausência de sintomas graves.

Profissionais solicitantes: Ginecologistas, Obstetras, Radiologistas, Clínica Médica generalistas (quando bem justificado).

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos e histórico ginecológico. Resultados de exames ginecológicos prévios, se disponíveis. Informações sobre alergias conhecidas ao gel utilizado durante o exame.

VIDEOLARINGOSCOPIA - exame de imagem que usa um aparelho com câmera (laringoscópio) para visualizar detalhadamente a boca, faringe, laringe e cordas vocais, sendo fundamental para investigar rouquidão, tosse crônica, dificuldade de engolir (disfagia) e diagnosticar condições como nódulos, pólipos, inflamações (laringites) e tumores, crucial para profissionais da voz, como cantores e professores, por exemplo.

- Código SIA/SUS: 02.09.04.004-1

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE - VIDEOLARINGOSCOPIA	
P0	- Restrição de movimento cervical: Em pacientes com suspeita de lesão na coluna cervical, onde a hiperextensão do pescoço é contraindicada, o videolaringoscópio permite a intubação com o paciente em posição neutra, minimizando o movimento da coluna; - Disfonia (rouquidão) grave: Rouquidão que persiste por um período prolongado (ge-

	ralmente mais de 2-4 semanas) e que impacta significativamente a comunicação e a qualidade de vida do paciente; • Dificuldade para engolir (disfagia): Quando a dificuldade sugere um problema estrutural na região da laringe ou hipofaringe, como neoplasia, por exemplo.
P1	• Tosse persistente ou sensação de corpo estranho: Sintomas que não melhoram com tratamentos convencionais e necessitam de investigação detalhada para identificar a causa base; • Dor de garganta recorrente e crônica; • Disfonia (rouquidão): Rouquidão que persiste por um período prolongado (geralmente mais de 2-4 semanas) e que não impacta significativamente a comunicação e a qualidade de vida do paciente (atentar-se a sinais de neoplasia, como perda de peso não intencional, dificuldade na deglutição de alimentos sólidos, entre outros. Nestes casos, considerar P0.
P2	• Disfonia intermitente leve, sem piora progressiva e sem impacto funcional relevante, sem elementos que mudem a conduta no curto prazo.
P3	• Seguimento rotineiro de achado benigno previamente documentado, sem mudança de sintomas e sem decisão terapêutica pendente.

Profissionais solicitantes: Otorrinolaringologista, clínico geral, intensivista, cirurgião de cabeça e pescoço.

Pré-requisitos para solicitação dos exames: História clínica detalhada, incluindo sintomas específicos. O exame é geralmente solicitado por um médico otorrinolaringologista para investigar sintomas como rouquidão persistente, dor de garganta crônica, dificuldade para engolir (disfagia), tosse constante ou sensação de "caroço" na garganta.



Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação
Central de Exames
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ELIAS JR, Antonio Mauro. Protocolos de Encaminhamento para Especialidades e Rotinas para Pedidos de Exames/ Procedimentos de Média e Alta Complexidade, Secretaria Municipal de Saúde de Tangará da Serra (MT), 2010.

Protocolos de Acesso da Regulação do Estado de Santa Catarina Vol II. Disponível: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/regulacao-1/protocolos-deacesso-regulacao-ambulatorial>.

FORMIGA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, SP, 2006.

NOBRE, F. et al. 6a Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4a Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2018. v. 110, n. 5.

ROCHA et al. Protocolo de acesso a exames/procedimentos ambulatoriais de média complexidade. Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, Santo Antonio de Jesus BA, 2007.

SM et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Teste Ergométrico. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2010; 95 (5 supl.1):1-26.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO – Protocolos de Regulação do Estado do Mato Grosso, Cuiabá (MT) 2011.

Protocolo de Regulação Médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo_de_regulacao_medica-versao_5.pdf.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, Protocolo de Regulação do Município de Vitória. Vitória (ES), 2012.

BRASÍLIA. Protocolo de Regulação de Exames Eletivos de Endoscopia Digestiva Baixa – Colonoscopia e Retossigmoidoscopia Flexível – na rede SES/DF. Portaria SES/DF nº 1045 de 20.12.2019, publicada no DODF nº 247 de 30.12.2019.

MENEGHELO et al. Posicionamento de Ultrassonografia Vascular do Departamento de Imagem Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arquivos brasileiros de cardiologia - imagem cardiovascular, 2019. v. 32.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO



Secretaria Municipal da Educação
Assessoria de Recursos Humanos

rh@semed.betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-4948 / 3512-4947

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CERTIDÃO - SRH Nº 01397 /2026

CONCEDE PROGRESSÃO AOS SERVIDORES ESPECIFICADOS

A Superintendente de Recursos Humanos, a Secretária Municipal da Educação, e o Prefeito Municipal, no uso das atribuições que lhes confere a legislação em vigor, considerando o disposto na Lei Municipal nº 2.886/1996, com nova redação conferida pela Lei Municipal nº 7.495/2024 e 7.500/2024, bem como Decreto Municipal nº 45.596/2024, e em observância ao princípio da publicidade, CERTIFICA que os servidores abaixo discriminados tiveram seu pedido de progressão deferido e deverão cumprir a partir do mês de ABRIL/2026 a nova jornada e/ou requisitos relativos à sua progressão.

Betim, 23 de abril de 2026.

Claudia da Silva Rodrigues
Superintendente de Recursos Humanos

Marilene Silva Santana Pimenta
Secretária da Educação

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

MATRICULA	SERVIDOR	CARGO	UNIDADE DE LOTAÇÃO	UNIDADE DE COMPLEMENTAÇÃO	STATUS
01127160	CÁSSIA REGINA MORAIS CRUZ LIBRELAN	TÉCNICO DE BIBLIOTECA	E M MARGARIDA SOARES GUIMARÃES	E M MARGARIDA SOARES GUIMARÃES	DEFERIDO
01150952	JULIANA MACIEL BIRCHAL	TÉCNICO DE BIBLIOTECA	E M BELIZÁRIO FERREIRA CAMINHAS	E M BELIZÁRIO FERREIRA CAMINHAS	DEFERIDO



Secretaria Municipal da Educação
Assessoria de Recursos Humanos
rh@semed.betim.mg.gov.br
Telefone: (31) 3512-4948 / 3512-4947
R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

CERTIDÃO - SRH Nº 01498 /2026

CONCEDE PROGRESSÃO AOS SERVIDORES ESPECIFICADOS

A Superintendente de Recursos Humanos, a Secretária Municipal da Educação, e o Prefeito Municipal, no uso das atribuições que lhes confere a legislação em vigor, considerando o disposto na Lei Municipal nº 2.886/1996, com nova redação conferida pela Lei Municipal nº 7.495/2024 e 7.500/2024, bem como Decreto Municipal nº 45.596/2024, e em observância ao princípio da publicidade, CERTIFICA que os servidores abaixo discriminados tiveram seu pedido de progressão deferido e deverão cumprir a partir do mês de MAIO/2026 a nova jornada e/ou requisitos relativos à sua progressão.

Betim, 28 de abril de 2026.

Claudia da Silva Rodrigues
Superintendente de Recursos Humanos

Marilene Silva Santana Pimenta
Secretária da Educação

Heron Domingues Guimarães
Prefeito Municipal

MATRICULA	SERVIDOR	CARGO	UNIDADE DE LOTAÇÃO	UNIDADE DE COMPLEMENTAÇÃO	STATUS
01259091	ANDREA DE OLIVEIRA ALVES	TÉCNICO DE SECRETÁRIA	E M Mª CRISTINA	E Mª DE LOURDES	DEFERIDO

SECRETARIA DE COMPRAS E LICITAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM - DISPENSA POR CHAMADA PÚBLICA nº. 05/2026 – PAC nº. 0035/2026 - Objeto: Gêneros alimentícios - feijão, oriundo da agricultura familiar, para atender a SEMED. O envelope de documentação deverá ser entregue a partir da data da publicação até às 9:00 horas do dia 12/06/2026. Abertura: 12/06/2026 às 09:30 horas. - Edital no site www.betim.mg.gov.br. - Informações: (31)3512-3052 - Presidente - 20/05/2026 -

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM/MG

- Pregão Eletrônico nº 11/2026 - PAC nº 0032/2026. Objeto: Fornecimento de gêneros alimentícios para a SEMED. Abertura dia 03/06/2026 às 09:00h - Integra do Edital nos sites: www.portaldecompraspublicas.com.br e <https://www.betim.mg.gov.br/portal/editais/1> – Agente de Contratação 20/05/2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM/MG

- PAC nº ADM0006/2026- Inexigibilidade de Licitação nº 03/2026 – Ato de Autorização – cujo objeto é “ Contratação de plataforma eletrônica para realização de licitação em meio digital/eletrônico, por intermédio da rede municipal de computadores, tendo em foco principal a aplicação prática de Lei nº 14.133/2021, sob exclusiva representatividade da empresa Ecustomize Consultoria em Software S.A.” Com base nos elementos constantes da respectiva Exposição de Motivos que instrui o processo e observando o Parecer de nº 544/2026 exarado pela Procuradoria Geral do Município, com viabilidade da contratação da empresa: ECUSTOMIZE CONSULTORIA EM SOFTWARE S.A.
Publique-se. Prefeito de Betim- Heron Domingues Guimarães.

Extrato da **Ata de Registro de Preços n.º31-A/2026** firmada entre o **Município de Betim, através do Fundo Municipal da Saúde-FMS/SMS** e a empresa: **BIOBASE INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA..**
Objeto: Eventual aquisição de frascos e coletores
Vigência: 12 (doze) meses
Nº do Processo: FMS0011/2026 PE 06/2026 RP 05/2026
Signatários: Pelo Fundo Municipal De Saúde/Secretaria Municipal De Saúde, A Secretária Municipal De Saúde, O Sr. Reginaldo dos Santos Costa.
Data De Assinatura: 20/05/2026
Seção de Contratos

Extrato da **Ata de Registro de Preços n.º31-B/2026** firmada entre o **Município de Betim, através do Fundo Municipal da Saúde-FMS/SMS** e a empresa: **EMENALLI MEDICAL LTDA..**

Objeto: Eventual aquisição de frascos e coletores
Vigência: 12 (doze) meses
Nº do Processo: FMS0011/2026 PE 06/2026 RP 05/2026
Signatários: Pelo Fundo Municipal De Saúde/Secretaria Municipal De Saúde, A Secretária Municipal De Saúde, A Sra. Regiani Menali Rodrigues Pereira.
Data De Assinatura: 20/05/2026
Seção de Contratos

Extrato da **Ata de Registro de Preços n.º31-C/2026** firmada entre o **Município de Betim, através do Fundo Municipal da Saúde-FMS/SMS** e a empresa: **MEDICINA SEGURA DISTRIBUIÇÃO E PROMOÇÃO EM VENDAS LTDA..**

Objeto: Eventual aquisição de frascos e coletores
Vigência: 20/05/2026
Nº do Processo: FMS0011/2026 PE 06/2026 RP 05/2026
Signatários: Pelo Fundo Municipal De Saúde/Secretaria Municipal De Saúde, A Secretária Municipal De Saúde, O Sr. Luiz Felipe de Oliveira Del Vecchio.
Data De Assinatura: 20/05/2026
Seção de Contratos

Extrato da **Ata de Registro de Preços n.º31-D/2026** firmada entre o **Município de Betim, através do Fundo Municipal da Saúde-FMS/SMS** e a empresa: **NK MATERIAIS HOSPITALARES LTDA..**

Objeto: Eventual aquisição de frascos e coletores
Vigência: 12 (doze) meses
Nº do Processo: FMS0011/2026 PE 06/2026 RP 05/2026
Signatários: Pelo Fundo Municipal De Saúde/Secretaria Municipal De Saúde, A Secretária Municipal De Saúde, O Sr. Filype Pereira Nakanami.
Data De Assinatura: 20/05/2026
Seção de Contratos

SECRETARIA MUNICIPAL DE ARTE E CULTURA



Secretaria Municipal de Cultura

secult.gabinete@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3594-4382

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

ATO DE CONVOCAÇÃO Nº 101
PROCESSO ADMINISTRATIVO DE COMPRAS Nº ADM 0050/2025
INEXIGIBILIDADE Nº 005/2025
CREDENCIAMENTO Nº 002/2025

A Secretaria Municipal de Cultura, no uso de suas atribuições legais, com fundamento no item 8.2.4 do Edital de Credenciamento nº 002/2025, referente ao Processo Administrativo de Compras nº ADM 0050/2025 e Inexigibilidade nº 005/2025, **CONVOCA** o credenciado abaixo relacionado para prestação de serviço no evento “Jardim de História” a ser realizado no dia 22 de maio de 2026, no Município de Betim.

Serviço a ser prestado: Apresentação artística

Local da apresentação: Salão do Encontro - Sede principal

Duração: 2 (duas) horas

Credenciado(a)	CPF/CNPJ
Bruna Vieira Bernardes	049.295.976-50

O convocado deverá confirmar o recebimento deste ato e manifestar sua concordância quanto à prestação dos serviços, no prazo de até 48 horas a contar da publicação no Órgão Oficial, através do e-mail secult.gestao@betim.mg.gov.br.

Betim/MG, 20 de maio de 2026.

Thiago Pereira da Silva Flores
Secretaria Municipal de Cultura
Matrícula nº 017425069

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO URBANO



Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano

sedurb.secretaria@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3227

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

ATO AD REFERENDUM DO CONSELHO GESTOR DA OPERAÇÃO URBANA CONSORCIADA – OUC NOVA BETIM Nº 011/2026

Considerando a Resolução nº 01, de 21 de maio de 2025, que instituiu o Regimento Interno do Conselho Gestor da Operação Urbana Consorciada – OUC Nova Betim:

Considerando o disposto no artigo 10, inciso VIII, da referida Resolução, que estabelece como competência do Presidente, ou de seu suplente, decidir, fundamentadamente, *ad referendum* dos membros do Conselho, sobre questões urgentes submetidas à sua apreciação;

Considerando a deliberação unânime dos membros presentes na 16ª Reunião Ordinária do Conselho, realizada em 10 de setembro de 2025, a qual autorizou a publicação no Órgão Oficial, por meio de decisão *ad referendum*, dos processos que estiverem dentro da margem de segurança de 10 (dez) metros em relação ao Plano Básico da Zona de Proteção do Aeródromo - PBZPA, entregue oficialmente pela empresa Orion em 28/03/2025, denominado “Inhotim AeroCity - PBZPA linhas” (aqui chamado PBZPA IFR);

Considerando que tal medida assegura a celeridade, publicidade e eficiência na análise e aprovação dos projetos submetidos ao Conselho;

A Presidente do Conselho Gestor da Operação Urbana Consorciada – OUC Nova Betim, no uso de suas atribuições, **RESOLVE**:

1. Dar anuência, *ad referendum* do Conselho, a 01 (UM) processos analisados pela Divisão de Estudo de Impacto de Vizinhança, encaminhados por meio do **Memorando DLE nº 100/2026**, de responsabilidade da gestora Ingrid Nayara Brito Gonçalves, nos quais foram constatadas as seguintes situações:

ANEXO I - AD REFERENDUM - Nº. 22 - DLE - 20/05/2026 - MEMO Nº 100

Qtde	Proprietário	Nº do PA Digital	Assunto e Uso	Nº de Pavto e Nº de Unid.	Cota de Implantação e Altura da Edificação	Altura Máxima Prevista	Cota do Gabarito (PBZPA)	Resultado da Diferença	Analista
	DENSO DO BRASIL LTDA	282/2026	Aprovação de Projeto	Industrial	2 1	855,28m 13,02m	868,30m	Externa (918,00m) 49,70m	Análise Documental



Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano

sedurb.secretaria@betim.mg.gov.br

Telefone: (31) 3512-3227

R. Pará de Minas, 640, Brasília, Betim-MG

A Presidente do Conselho decidiu, por *ad referendum*, licenciar previamente, no âmbito urbanístico, o processo mencionado acima, na Área de Diretrizes Especiais (ADE) do Aeródromo.

Essa decisão *ad referendum* será incluída na pauta da subsequente reunião do Conselho Gestor da Operação Urbana Consorciada Nova Betim para sua ratificação.

Betim, 20 de maio de 2026.

Ana Carolina de Carvalho Perdigão
Presidente do Conselho Gestor da
Operação Urbana Consorciada – OUC Nova Betim

Ingrid Nayara Brito Gonçalves
Presidente Suplente do Conselho Gestor da
Operação Urbana Consorciada – OUC Nova Betim

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE BETIM- IPREMB

Processo Administrativo n

º 36/2026

Requerente: Angêlo Aparecido dos Santos

DECISÃO DO PRESIDENTE

De acordo com a instrução do Processo Administrativo de Aposentadoria Voluntária por Tempo de Contribuição, realizado pela Superintendência de Benefícios e análise jurídica opinando pelo descabimento do pedido, **INDERIDO** do processo administrativo de concessão de aposentadoria do servidor, **Angêlo Aparecido dos Santos**, considerando que não cumpriu o requisito de tempo de contribuição exigido pela regra de aposentadoria pleiteada.

Após, publique-se e intime-se.

Betim, data da assinatura eletrônica.

ALICIO UMBELINO DA SILVA FILHO

Presidente do IPREMB

Processo Administrativo:

84/2026

Requerente: Marli dos Anjos Fernandes

DECISÃO DO PRESIDENTE

De acordo com a instrução do Processo Administrativo e análise jurídica **DEFIRO** a manutenção do valor do benefício da requerente, **Marli dos Anjos Fernandes**, no montante correspondente ao cálculo proporcional apurado, assegurada à observância do salário-mínimo nacional, nos termos do art. 201, §2º, da Constituição Federal.

Após, publique-se e intime-se.

Betim, data da assinatura eletrônica

ALICIO UMBELINO DA SILVA FILHO

Presidente do IPREMB

[illegible]

EMPRESA DE CONSTRUÇÃO, OBRAS, SERVIÇOS, PROJETOS, TRANSPORTES E TRÂNSITO DE BETIM

Empresa de Construções, Obras, Serviços, Projetos, Transportes e Trânsito de Betim – ECOS.

Assunto: Extrato do 12º Termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviço nº ECO 0028/2022, firmado entre a Empresa de Construções, Obras, Serviços, Projetos, Transportes e Trânsito de Betim – ECOS e a Empresa TCM Terraplenagem, Construções e Maquinas Ltda. -

Contratação de empresa para prestação de serviços contínuo de manutenção, restauração, conservação, melhorias em vias e logradouros públicos e estradas vicinais, limpeza e desassoreamento de córregos e cursos d'água, com operação e manutenção de máquinas e equipamentos para atendimento ao município de Betim-MG, decorrente da Adesão a Registro de Preço nº 002/2022, PAC ECO 031/2022 – Constitui objeto do presente termo aditivo é a concessão do 3º (terceiro) índice de reajustamento contratual em 14,35% (quatorze inteiros e trinta e cinco centésimos por cento) a partir de janeiro/2026, e a adequação de planilha com supressão e acréscimo de serviços, em função de replanilhamento, com alteração do valor do contrato em 25% (vinte e cinco por cento). Signatários: Júlio César Souto Batista - Presidente da ECOS, Samuel Victor Lima Silva – Diretor Jurídico da Ecos, Márcio André de Brito - Representante da Contratada. Em: 16/04/2026. As demais cláusulas permanecem inalteradas.

CONSELHOS



CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUÍNTES DE BETIM

TELEFONE: (31) 3512-3452

R. PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA | CEP: 32600-412

DE : CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUÍNTES
PARA : SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO/DIVISÃO DE IMPRENSA
EM 20/05/2026

Expedientes para serem publicados na próxima edição do Órgão Oficial do Município PAUTA DE JULGAMENTOS

SESSÃO Nº	638ª de 2026
DATA:	26/05/2026
HORÁRIO:	10:00hs
LOCAL:	Sala de Reuniões do Conselho Municipal de Contribuintes localizada na Secretária Municipal da Fazenda - Centro Administrativo João Paulo II - Rua Pará de Minas, 640, Brasília - Betim/MG

PROCESSO Nº:	19.015/2025
RECURSO DE OFÍCIO Nº:	1.298/2026
INTERESSADO:	Betim Empreendimentos e Participações S/A
RECORRENTE:	Secretaria Adjunta de Receitas do Município de Betim/MG
ASSUNTO:	Impugnação de TFE - Cancelamento - Cadastro Mobiliário
CONSELHEIRA RELATORA:	Maiara Marcelino Ferreira

PROCESSO Nº:	17.703/2023
RECURSO DE OFÍCIO Nº:	1.299/2026
INTERESSADA:	Associação de Proteção aos Transportadores de Cargas - Auto Carga
RECORRENTE:	Secretaria Adjunta de Receitas do Município de Betim/MG
ASSUNTO:	Impugnação de TFE - Revisão de Área
CONSELHEIRO RELATOR:	Luciano Luiz de Campos

PROCESSO Nº:	50.647/2025
RECURSO VOLUNTÁRIO Nº:	1.297/2026
RECORRENTE:	kelly Resende de Souza Bandeira
RECORRIDO:	Secretaria Adjunta de Receitas do Município de Betim/MG
ASSUNTO:	Alteração de Sujeição Passiva - Inclusão de Possuidor
CONSELHEIRO RELATOR:	Alex Antônio Marinho Pinto

Observação: Será facultado à parte ou seu representante legal, bem como, a(o) Consultor(a) Fiscal, o direito de sustentação oral pelo tempo máximo de 15 (quinze) minutos, conforme art. 29, §1º do Regimento Interno do Conselho Municipal de Contribuintes.

Thiago da Silveira Bilhim
Presidente

Herli Maria Silva Martins
Secretária





CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES DE BETIM

TELEFONE: (31) 3512-3452

R. PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA | CEP: 32600-412

CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES

Betim, 19 de Maio de 2026.

Recurso de Ofício: 1.291/2026

Processo Tributário Administrativo nº 22.349/2023 (Apenso: 26.418/2024)

Interessado: Associação Vera Cruz Futebol Clube

Recorrente: Secretaria Adjunta de Receitas do Município de Betim/MG

Assunto: Isenção Tributária

Conselheiro Relator: Evandro Martins

EMENTA: Recurso de Ofício - Isenção Tributária de IPTU e Taxas

ACÓRDÃO Nº: 1.203/2026

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Conselheiros do Conselho Municipal de Contribuintes, sob a Presidência do Sr. Thiago da Silveira Bilhim, na conformidade da ata de julgamentos, **POR UNANIMIDADE DOS VOTOS**, em conhecer do presente Recurso de Ofício, eis que presentes os pressupostos de admissibilidade, e no mérito, em sede de reexame necessário, **CONFIRMAR** a r. Decisão de Primeira Instância Administrativa de fls. 342/345, em sua integralidade.

Thiago da Silveira Bilhim
Presidente

Herli Maria Silva Martins
Secretária

- Alonso Fabrício Oliveira Silva - Consultor Fiscal.
- Michele Ribeiro Bonfim - Consultora Fiscal.
- Evandro Martins - Conselheiro Relator.
- Marco Antonio de Oliveira e Souza - Conselheiro.
- Maiara Marcelino Ferreira - Conselheira.
- Luciano Luiz de Campos - Conselheiro.
- Alex Antônio Marinho Pinto - Conselheiro.
- Halison Brito Santos - Conselheiro.
- Amine Pereira Fonseca - Conselheira.





CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUENTES DE BETIM

TELEFONE: (31) 3512-3452

R. PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA | CEP: 32600-412

CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUENTES

Betim, 19 de Maio de 2026

Recurso de Ofício nº 1.288/2026

Processo Tributário Administrativo nº 5.651/2025 - Apenso PA nº 31.397/2025

Interessado: Alencar Filhos Acabamentos Ltda.

Recorrente: Secretaria Adjunta de Receitas do Município de Betim/MG

Assunto: Taxa de Fiscalização de Estabelecimentos - TFE - Revisão de Área

Conselheiro Relator: Marco Antonio de Oliveira e Souza

EMENTA: Recurso de Ofício - Taxa de Fiscalização de Estabelecimentos - TFE - Revisão de Área

ACÓRDÃO Nº: 1.204/2026

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Conselheiros do Conselho Municipal de Contribuintes, sob a Presidência do Sr. Thiago da Silveira Bilhim, na conformidade da ata de julgamentos, **POR UNANIMIDADE DOS VOTOS**, em conhecer do presente Recurso de Ofício, eis que presentes os pressupostos de admissibilidade e, no Mérito, pela **MANUTENÇÃO INTEGRAL** da Decisão proferida em Primeira Instância Administrativa de fls. 30 à 33.

Thiago da Silveira Bilhim
Presidente

Herli Maria Silva Martins
Secretária

- Alonso Fabrício Oliveira Silva - Consultor Fiscal.
- Michele Ribeiro Bonfim - Consultora Fiscal.
- Evandro Martins - Conselheiro.
- Marco Antonio de Oliveira e Souza - Conselheiro Relator.
- Maiara Marcelino Ferreira - Conselheira.
- Luciano Luiz de Campos - Conselheiro.
- Alex Antônio Marinho Pinto - Conselheiro.
- Halison Brito Santos - Conselheiro.
- Amine Pereira Fonseca - Conselheira.





CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES DE BETIM

TELEFONE: (31) 3512-3452

R. PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA | CEP: 32600-412

ATA DA 637ª SESSÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES

Data: 19 de Maio 2026.

Horário: 10h00

Local: Sala de Reuniões do Conselho Municipal de Contribuintes, Betim/MG

INÍCIO DOS TRABALHOS: Constatado o quórum regimental, conforme o artigo 23, § 1º do Regimento Interno. O presidente deu início à presente sessão ordinária. Ressalta-se a ausência justificada da Conselheira Meire Maria da Silva, tendo sido convocada a Suplente e a mesma não pôde comparecer. **PAUTA DE JULGAMENTO:** 1. **Recurso de Ofício nº 1.291/2026. Processo nº 22.349/2023 - Apenso PA 26.418/2024. Interessada:** Associação Vera Cruz Futebol Clube. **Relator:** Evandro Martins. **Decisão:** O Conselheiro Relator apresentou seu voto, **CONHECENDO** do Recurso de Ofício, eis que presentes os pressupostos de sua admissibilidade, e no mérito, em sede de reexame necessário, **CONFIRMOU** a r. Decisão de Primeira Instância Administrativa de fls. 342/345, em sua integralidade. **Resultado:** Conselho, **POR UNANIMIDADE DOS VOTOS** acompanhou o Conselheiro Relator. 2. **Recurso de Ofício nº 1.288/2026. Processo nº 5.651/2025 - Apenso PA 31.397/2025. Interessado:** Alencar Filhos Acabamentos Ltda. **Relator:** Marco Antonio de Oliveira e Souza. **Decisão:** O Conselheira Relator apresentou seu voto, **CONHECENDO** do presente Recurso de Ofício, posto que presentes os pressupostos de admissibilidade e, no mérito, pela **MANUTENÇÃO INTEGRAL** da Decisão proferida em Primeira Instância Administrativa de fls. 30 à 33. **Resultado:** Conselho, **POR UNANIMIDADE DOS VOTOS** acompanhou o Conselheiro Relator. 3. **Recurso de Ofício nº 1.298/2026. Processo nº 19.015/2025. Interessado:** Betim Empreendimentos e Participações S/A. **Relatora:** Maiara Marcelino Ferreira. Foi solicitado dilação do prazo para a apresentação do voto, no qual o pedido





CONSELHO MUNICIPAL DE CONTRIBUINTES DE BETIM

TELEFONE: (31) 3512-3452

R. PARÁ DE MINAS, 640, BRASILÉIA | CEP: 32600-412

foi deferido nos termos art. 8 º, IV do Regimento Interno do Conselho Municipal de Contribuintes.

ENCERRAMENTO: A ata da reunião foi lida e, após sua devida apreciação, foi aprovada por unanimidade. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada, ficando designada a próxima reunião extraordinária para o dia 26 de Maio de 2026, às 10h00.

Thiago da Silveira Bilhim
Presidente

Herli Maria Silva Martins
Secretária

Consultores Fiscais Presentes:

Alonso Fabrício Oliveira Silva

Michele Ribeiro Bonfim

Conselheiros Presentes:

Evandro Martins

Marco Antonio de Oliveira e Souza

Maiara Marcelino Ferreira

Luciano Luiz de Campos

Halison Brito Santos

Alex Antônio Marinho Pinto

Amine Pereira Fonseca