

F73	Retardo Mental Profundo	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional. 3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Formulário de Solicitação emitido por Geneticista.	Sim	4 anos
F83	Transtornos específicos mistos do desenvolvimento	1. Somente até 18 anos de idade. 2. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra com descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e descrição das limitações nos aspectos de: a. comunicação; b. aprendizagem e aplicação do conhecimento; c. mobilidade. 3. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional ou Fonoaudiólogo.	Sim	4 anos
F84	Transtornos globais do desenvolvimento	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. relações e interação interpessoal. 2. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Sim	4 anos
F90	Transtornos hiper-cinéticos	1. Somente na faixa etária entre 06 e 18 anos. 2. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais, o prejuízo e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: a. aprendizagem e aplicação do conhecimento; b. relações e interação interpessoal; c. convívio social. 3. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo. 4. Cópia do receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	2 anos

Doenças do Sistema Nervoso				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
G04	Encefalite, mielite e encefalomielite.	Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames (realizados nos últimos 12 meses): a. Relatório de alta hospitalar ou; b. Laudo de exame de LCR ou; c. Laudo de TC ou RNM de crânio ou coluna. Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Sim	1 ano

G09	Seqüelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra descrevendo a lesão, a etiologia e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de LCR ou; b. Laudo de TC ou RNM de crânio ou coluna.	Sim	4 anos
G10	Doença de Huntington	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Teste genético (facultativo).	Sim	4 anos
G11	Ataxia hereditária	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames (facultativos): a. Teste genético ou; b. Laudo de RNM de crânio.	Sim	4 anos
G12	Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Fisiatra, descrevendo as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Teste genético (facultativo).	Sim	4 anos
G20	Doença de Parkinson	1. Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
G21	Parkinsonismo secundário	1. Formulário de Solicitação emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a etiologia e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Sim	4 anos
G25.5	Outras formas de Coreia	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; c. comunicação; d. relações e interação interpessoal.	Sim	4 anos

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

G37	Outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; c. comunicação; d. relações e interação interpessoal. 2. Documentos / exames: a. Laudo de RNM de crânio ou coluna (validade de até 04 anos); 3. Cópia de receituário Médico comprovando o uso de medicação compatível (facultativo).	Sim	4 anos
G54	Transtornos das raízes e dos plexos nervosos	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; 2. Documentos / exames: a. Laudo de ENMG (validade de até 04 anos) ou b. Relatório funcional emitido por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.	Não: unilateral Sim: bilateral	1 ano
G55.0	Compressões das raízes e dos plexos nervosos em doenças neoplásicas	1. Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base, intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da seqüela; 2. Documentos / exames: a. Laudo do exame anatomopatológico da neoplasia citada (no caso de neoplasia de mama, comprovar esvaziamento axilar) ou b. Laudo de exame de ENMG (validade de até 04 anos) (facultativo).	Não	1 ano
G55.1	Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de TC ou RNM de coluna, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de anelo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou equivalente ou; b. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo comprometimento motor radicular grave.	Não	2 anos
G55.2	Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Neurocirurgião, Ortopedista ou Fisiatra descrevendo a lesão radicular/comprometimento neural, a limitação motora e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de TC ou RNM de coluna, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo "hérnia discal extrusa" causando "compressão de raiz nervosa", "extrusão discal associada à rotura de anelo fibroso e migração do componente discal com compressão de raiz" ou equivalente ou; b. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo comprometimento motor radicular grave.	Não	2 anos
G60	Neuropatia Hereditária e Idiopática	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, grau de força muscular e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente ou b. Descrição de outro meio diagnóstico compatível.	Sim	4 anos

G61	Polineuropatia inflamatória	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, grau de força muscular e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. <b>Obrigatório na 1ª solicitação.</b>	Não	4 anos
G62	Outras polineuropatias	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 04 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. <b>Obrigatório na 1ª solicitação.</b>	Não	4 anos
G63	Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo a etiologia, grau de força muscular e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG, realizado nos últimos 4 anos, descrevendo "comprometimento sensitivo-motor ou motor grave ou acentuado" ou equivalente. <b>Obrigatório na 1ª solicitação.</b>	Não	4 anos
G70	Mastenia gravis e outros transtornos neuromusculares	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividade de vida diária; 2. Documentos / exames (facultativo): a. dosagem de anticorpos antireceptor de acetilcolina ou; b. Laudo de exame de ENMG compatível. 3. Cópia de receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 3 meses da emissão.	Sim	
G71	Transtornos primários dos músculos	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista descrevendo o diagnóstico, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividade de vida diária; 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de ENMG compatível ou; b. teste genético ou; c. biópsia muscular.	Sim	4 anos
G80	Paralisia Cerebral	1. Formulário de Solicitação descrevendo o tratamento, seqüelas motoras ou cognitivas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade e; d. relações e interação interpessoal. 2. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Não	4 anos

G81	Hemiplegia	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. auto cuidado / atividade de vida diária; 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou; b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou; c. Laudo de exame de ENMG.	Não	4 anos
G82	Paraplegia e tetraplegia	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. auto cuidado / atividade de vida diária; 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou c. Laudo de exame de ENMG.	Não	4 anos
G83	Outras síndromes paralíticas	1. Formulário de Solicitação descrevendo a etiologia, o grau de força muscular e as limitações apresentadas para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. auto cuidado / atividade de vida diária; 2. Documentos / exames (validade de até 04 anos): a. Laudo de TC de crânio ou coluna ou b. Laudo de RNM de crânio ou coluna ou c. Laudo de ENMG.	Não: unilateral Sim: bilateral	4 anos
G91	Hidrocefalia	1. Formulário de Solicitação descrevendo tratamento, seqüelas motoras ou cognitivas e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade 3. Documentos / exames: a. laudo de TC de crânio ou b. laudo de RNM de crânio ou; c. Relatório de alta de internação.	Sim	2 anos
G93.4	Encefalopatia não especificada	Somente associada a doença orgânica enquadradas nas CIDs K70 a K74. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista, Psiquiatra, ou Médico Triador de Transplante Hepático descrevendo o exame atual da doença de base. 2. Documentos / exames: a. Relatório de alta de internação; b. Resultado de MELD ou equivalente (validade de até 06 meses).	Sim	1 ano

Doenças do Olho e Anexos / Doenças dos Ovídeos e das Apófises Mastóides				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
H54.0	Cegueira, ambos os olhos	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual inferior a 0,05 com a melhor correção no melhor olho ou; b. Campo Visual Tubular inferior a 10°, no melhor olho.	Sim	4 anos
H54.1	Cegueira em um olho e visão subnormal em outro	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia, o lado afetado pela cegueira e a acuidade visual do olho contralateral, informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda com ângulo de 5° - 10°.	Sim	4 anos
H54.2	Visão subnormal em ambos os olhos	1. Formulário de Solicitação emitido por Oftalmologista descrevendo a etiologia e a acuidade visual de ambos os olhos informando: a. acuidade visual igual ou inferior a 0,3 da visão bilateral com a melhor correção ou; b. nos casos de Campo Visual Tubular, perda bilateral com ângulo de 5° - 10°.	Sim	4 anos
H90	Perda de audição por transtorno de condução e/ou neurossensorial	1. Nos casos de deficiência auditiva neurossensorial ou mista, bilateral e de grau moderado ou superior, conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 40 decibéis). 2. Documentos / exames (validade de até 12 meses): a. Audiometria ou; b. BERA.	Não	4 anos

Doenças do Aparelho Circulatorio				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
I60	Hemorragia subaracnóide	Somente com até um ano da data do evento vascular. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou; b. Laudo de RNM de crânio ou; c. Resumo de alta hospitalar. Casos com mais de um ano do diagnóstico e com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora seqüelar e deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Sim	1 ano
I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	Somente com até um ano da data do evento vascular. 1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio ou; b. Laudo de RNM de crânio ou; c. Resumo de alta hospitalar. Casos com mais de um ano do diagnóstico com persistência de limitações serão avaliados de acordo com a limitação motora seqüelar e deverão ser enquadrados na CID da seqüela pelo médico assistente.	Sim	1 ano

I69	Seqüelas de doenças cerebrovasculares	1. Formulário de Solicitação emitido por Neurologista ou Clínico Generalista descrevendo as alterações neurológicas, o grau de força muscular e as limitações para duas ou mais das seguintes atividades: a. comunicação; b. auto cuidado / atividades de vida diária; c. mobilidade; d. relações e interação interpessoal. 2. Documentos / exames: a. Laudo de TC de crânio (validade de até 04 anos) ou; b. Laudo de RM de crânio (validade de até 04 anos); 3. Em casos de seqüela cognitiva: a. Cópia de resultado de Mini-Mental ou equivalente, realizado nos últimos 12 meses; b. Cópia de resultado de avaliação neuropsicológica, realizada nos últimos 12 meses; 4. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Formulário de Solicitação ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.	Não	2 anos
I89	Outros transtornos não infecciosos dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos	Exceto casos de obesidade grau III (IMC > 40) ou de insuficiência vascular periférica. 1. Formulário de Solicitação descrevendo elefantíase, linfedema estágio III, ou membro acometido > 40% do contralateral e as limitações para as seguintes atividades: a. auto cuidado / atividades de vida diária; b. mobilidade; 2. Documentos / exames (facultativo): a. Linfocintilografia compatível.	Não	2 anos
I97.2	Síndrome do Linfedema Pós-Mastectomia	1. Somente para os casos em que: a. a doença de base estiver enquadrada na CID C50 - "Neoplasia Maligna da Mama" e cujo tratamento tenha envolvido, necessariamente, esvaziamento axilar e b. exista perda da mobilidade no membro superior do lado comprometido com abdução abaixo de 60° 2. Formulário de Solicitação emitido por Oncologista, Mastologista ou Radioterapeuta descrevendo o a doença de base, intervenção realizada e as limitações funcionais motoras decorrentes da seqüela; 3. Cópia do laudo de exame anatomopatológico comprobatório da neoplasia maligna de mama e do esvaziamento axilar.	Não	2 anos

Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo				
CID		Requisitos	Acompanhante	Validade
M05	Artrite reumatóide	1. Formulário de Solicitação descrevendo articulações acometidas ou deformidades existentes e as limitações para as seguintes atividades: a. mobilidade; b. auto cuidado / atividades de vida diária. 2. Documentos / exames: a. Laudo de exame de fator reumatóide ou anti-CCP positivo e/ou; b. Laudo de RX de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, realizado nos últimos 12 meses ou c. Laudo de RNM de mãos, punhos ou pés com descrição de redução de espaço articular, erosões e/ou sinovite, validade de até 04 anos. 3. Cópia do receituário médico comprovando o uso de medicação compatível com até 03 meses da emissão.	Não	2 anos