

**PARECER TÉCNICO Nº 09/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024**

**COBERTURA: ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA / MICROONDAS / CRIOABLAÇÃO  
TUMORAL**

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - Rol, atualmente previsto no anexo I da RN n.º 465/2021, vigente a partir de 1º/4/2021, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º/1/1999 e naqueles adaptados, conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

Em complemento, destacamos que as Diretrizes de Utilização (DUTs) adotadas pela ANS, em regra, indicam as características e as condições de saúde nas quais os ganhos e os resultados clínicos são mais relevantes para os pacientes, segundo a melhor literatura científica e os conceitos de Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS.

Esclarecemos que os procedimentos ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/ CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR LAPAROTOMIA; ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA; e ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA DO CÂNCER PRIMÁRIO HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) estão previstos no referido Rol, e, portanto, devem ser obrigatoriamente cobertos nos planos com segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e plano-referência. Para tanto, devem ser observadas as condições estabelecidas na Diretriz de Utilização – DUT n.º 1, prevista no anexo II da RN n.º 465/2021, assim descrita:

1. Cobertura obrigatória para pacientes *Child* A ou B com carcinoma hepático primário quando a doença for restrita ao fígado e as lesões forem menores que 4 cm.

Destacamos que a ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA/CRIOABLAÇÃO DE TUMOR PRIMÁRIO para outro local do corpo ou outra indicação não descrita na mencionada DUT n.º 1 não possui cobertura obrigatória, por não constar no Rol vigente.

Convém destacar que o Rol é continuamente atualizado, tendo em vista que novas tecnologias em saúde são continuamente incorporadas à prática assistencial. Na saúde suplementar, o rito processual de atualização do Rol é atualmente regulamentado pela RN nº 555/2022, em vigor desde 2/1/2023.

Por sua vez, os procedimentos ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO); ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR LAPAROTOMIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO); ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE CÂNCER COLORRETAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) estão também previstos no referido Rol, e, portanto, devem ser obrigatoriamente cobertos nos planos com segmentação hospitalar (com ou sem obstetrícia) e referência. No mesmo sentido, devem ser observadas as condições estabelecidas na Diretriz de Utilização – DUT nº 164, prevista no anexo II da RN n.º 465/2021, assim descrita:

1. Cobertura obrigatória no tratamento de metástases hepáticas de câncer colorretal, irressecáveis ou ressecáveis com alto risco cirúrgico, com tamanho até 4 cm.

Destacamos que a ABLAÇÃO PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA OU MICROONDAS DE METÁSTASES TUMORAIS para outro local do corpo ou outra indicação não descrita na mencionada DUT n.º 164 também não possui cobertura obrigatória, por não constar no Rol vigente.

Nesse sentido, propostas de atualização do Rol com vistas à incorporação e desincorporação de novos procedimentos, à definição de diretrizes de utilização ou à alteração de nome de procedimento poderão ser apresentadas, por qualquer pessoa física ou jurídica, por meio da plataforma FormRol Web, acessível pelo sítio da ANS na internet (<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>).

Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 1º/1/1999 e não ajustados à Lei nº 9.656/1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será obrigatória se houver previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

**Gerência de Cobertura Assistencial e Incorporação de Tecnologias em Saúde - GCITS**

**Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS**

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**