

Resolução n. 28/SES/MS
2023.

Campo Grande, 08 de maio de

Dispõe sobre o Plano Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas e ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos e exames com finalidade diagnóstica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul, por meio do Projeto Saúde - Mais Saúde, Menos Fila.

O **Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul**, no uso de suas atribuições legais,
Considerando a implementação do processo de planejamento regional integrado o qual visa sobretudo, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) mediante a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;
Considerando a NOAS-SUS 01/01 que fortalece a regionalização em saúde como marco fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção na implementação do Sistema Único de Saúde;
Considerando o Decreto Nº 14.151, de 16 de março de 2015 que instituiu, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, o Programa Caravana da Saúde.
Considerando a necessidade de continuidade da organização e estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos e exames complementares, em especial àqueles com demanda reprimida identificada no Estado de Mato Grosso do Sul;
Considerando a existência de demanda reprimida na fila da regulação hospitalar para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade identificados no banco de dados dos complexos reguladores;
Considerando a necessidade da população em exames com finalidade diagnóstica ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul;

RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre o Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** na rede pública de saúde como política pública de fortalecimento dos serviços previstos pelo Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. A realização dos procedimentos no âmbito do Projeto poderá ocorrer por meio do atendimento eventual e/ou de mutirões, com vigência de MAIO de 2023 a ABRIL de 2024.

Art. 2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, fazer a adesão ao presente Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, apresentando proposta dos procedimentos ofertados e “Declaração de Adesão” assinada pelo gestor municipal e diretor (a) de cada unidade hospitalar, conforme modelo constante Anexo VI e VIII desta Resolução e anexar no **link: <https://redcap.servicossaude.com.br/surveys/?s=NE4CKMJY-DXR3HWEK>**. A adesão, juntamente com a proposta, contendo a estimativa com a quantidade de procedimentos a serem executados/mês e o quantitativo total a ser realizado no período dos meses de maio de 2023 a abril de 2024, deverão ser encaminhadas à SES, para aprovação, no período de **5 dias úteis** a contar da data desta publicação.

§1º Aos municípios que não possuem capacidade instalada para a participação no projeto deverão encaminhar a declaração de não adesão conforme Anexo VII desta resolução.

§2º A proposta terá caráter **suplementar** às metas já pactuadas em contratos e convênios/SUS e deverá levar em consideração a capacidade instalada, os recursos humanos, habilitações e a disponibilidade de insumos necessários das unidades executoras.

§3º Para adesão ao presente projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá comprovar que já realizou o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s) em sua série histórica de produção ambulatorial e hospitalar **OU apresentar projeto** para execução destes procedimentos, contemplando: equipe, materiais/equipamentos e protocolos assistenciais, bem como o envio da documentação necessária à solicitação de cadastro dos profissionais, equipamentos e respectivos serviços de apoio/especializados no Sistema CNES desde que comprovada a qualificação técnica para a realização do procedimento devidamente assinada pelo Diretor Técnico do Estabelecimento de Saúde conforme anexo XI.

§4º Para adesão ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com ênfase ao Protocolo de Cirurgia Segura e às ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

§5º As propostas de adesão aprovadas pela SES/MS serão publicadas em Resolução Estadual em Diário Oficial do Estado(DOE) de MS e deverão ser objeto de Termo Aditivo e/ou Contratos de cada unidade executora.

§6º O início da execução dos procedimentos cirúrgicos e exames com finalidade diagnóstica somente ocorrerão após a assinatura do Termo Aditivo ou Contrato com a unidade executante, publicado em DOE.

Art. 3º Em caráter excepcional, a realização dos procedimentos cirúrgicos e os procedimentos com finalidade diagnóstica no âmbito do projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE,**

MENOS FILA serão remunerados por meio da tabela diferenciada de "Incentivo Estadual" prevista no Anexo II, III, IV e V desta Resolução.

§1º A Tabela de Procedimentos do SUS, a complexidade dos procedimentos, o tempo de cirurgia, valor de mercado e os valores praticados durante o projeto "OPERA e EXAMINA MS" 2021/2022 foram considerados para a composição do valor do Incentivo Estadual.

§2º O valor do Incentivo Estadual indicado no Anexo II e III engloba a remuneração dos procedimentos pré-operatório (consulta especializada e exames pré-operatório), intra-operatório (procedimento cirúrgico e curativos) e pós operatório (avaliação pós-cirúrgica), garantindo a cada usuário a integralidade do cuidado, incluindo intercorrências pós procedimentos relacionados ao ato cirúrgico executado.

§3º Para composição do valor do Incentivo Estadual das OPMEs, a complexidade dos procedimentos, o tempo de cirurgia, o valor de mercado e os valores praticados durante o projeto "OPERA MS" foram considerados.

§4º A adoção de valores diferenciados da Tabela de Procedimentos do SUS, nos termos do "caput", será viabilizada com a utilização de recursos de fonte estadual indicados no Anexo I, conforme autorizado pelo art. 1140 da Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde e o decreto nº 1451, de 16 de março de 2015 que instituiu no Estado de Mato Grosso do Sul o Programa "Caravana da Saúde".

§5º A distribuição dos recursos entre os Municípios e os estabelecimentos de saúde será definida por ocasião da adesão ao projeto em conformidade com o teto financeiro do anexo I I, respeitando-se a regionalização e a maior rapidez de acesso ao usuário.

Art. 4º A regulação do acesso dos pacientes atendidos no âmbito do projeto será feita EXCLUSIVA pelo sistema CORE em todos os níveis de execução, conforme fluxo de acesso a ser publicado no DOE MS após aprovação das adesões.

§1º A CERA por meio das Centrais de Regulação de Dourados, Campo Grande e Três Lagoas e CORE, elencará as solicitações dos procedimentos cirúrgicos do Sistema de Regulação hospitalar, as quais deverão ser reenserdas no sistema CORE pelos municípios de origem do paciente;

§2º Todas as solicitações de consultas (1ª consulta e consulta de retorno) deverão ser inseridas no Sistema de Regulação CORE - Módulo Ambulatorial;

§3º A CERA considerará prioritariamente, por meio de regulação médica, a fila de espera hospitalar, bem como a gravidade do caso e maior tempo de inserção da ficha, que está registrada nas Centrais de Regulação, para solicitação de vaga no Sistema CORE;

§4º Os estabelecimentos executantes deverão disponibilizar suas agendas ao CORE para a realização dos procedimentos, imediatamente após a publicação da aprovação da adesão no DOE;

§5º Todas as solicitações dos exames para finalidade diagnóstica deverão ser inseridas no Sistema de Regulação CORE - Módulo Ambulatorial;

§6º Todos os estabelecimentos executantes das cirurgias eletivas deverão inserir no Sistema CORE - Módulo de Leitos os procedimentos a serem realizados.

Art.5º Para apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), relativo aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos exames com finalidade diagnóstica, serão utilizadas, séries numéricas específicas, para fins de ressarcimentos financeiros.

Art. 6º O faturamento dos procedimentos com finalidade diagnóstica referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** constantes nos anexos IV e V deverão ser realizados através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI no SIA/SUS, considerando a utilização de série numérica específica que será disponibilizada pela SES/MS e o pagamento dos procedimentos será efetuado após apuração do processamento no SIA/SUS do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI, nas competências maio/2023 a abril/2024.

Art.7º O pagamento dos procedimentos constantes no anexo II e III, referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** será efetuado após apuração do processamento das AIHs e APACs, **apresentadas e aprovadas** nas competências maio de 2023 a abril de 2024, considerando a série numérica disponibilizada a cada município pela Diretoria Geral de Controle do SUS da SES/MS conforme as regras constantes nesta Resolução, quando for o caso.

Art. 8º Os atos cirúrgicos (Cirurgias múltiplas) sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico serão ressarcidos seguindo os seguintes critérios:

I - Procedimento principal será equivalente ao custeio de 100%;

II - Procedimento secundário equivalente a 75% do valor do procedimento principal, devendo os procedimentos terem compatibilidade conforme tabela SIGTAP.

Parágrafo único: serão remunerados apenas os procedimentos executados no percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados.

Art. 9º A Secretaria de Estado de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos do Fundo Especial de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e/ou Hospitais já contratualizados pela SES que fizerem a adesão nos termos desta Resolução, após a apuração da produção mensal registrada na base de dados dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), respeitadas o cumprimento das metas.

Art. 10 O gestor executante e o responsável pela Unidade Hospitalar executante poderão ser fiscalizados pelos órgãos de controle, interno e externo, a qualquer momento durante e após a execução dos procedimentos.

Art. 11 O gestor municipal deverá encaminhar mensalmente à SES/MS relatório de Produção Apresentada/processada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado 2 (SIHD2), além do Relatório de Produção com assinatura do profissional médico auditor e do gestor municipal,

conforme modelos constante no Anexo IX e X desta Resolução.

§1º Em caráter excepcional os procedimentos de alta complexidade contratados, os quais apresentarem a crítica "Serviço/classificação não cadastrado e/ou habilitado" no referido sistema SIHD.2 serão ressarcidos desde que atendidas as condições do parágrafo terceiro do artigo 2º.

§2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, apresentar mensalmente o relatório de procedimentos executados para fins de monitoramento orçamentário à Coordenadoria de Projetos Estratégicos, conforme modelo constante Anexo IX e X desta Resolução por meio do e-mail: ms.saude.2023@gmail.com

§3º O acompanhamento e o controle serão de responsabilidade de cada componente do Controle, Avaliação e Auditoria, conforme a gestão das unidades executoras.

Art 12 Serão passíveis de exclusão os municípios/executoras que não seguirem os seguintes critérios:

I - A não utilização do Sistema de regulação Estadual CORE;

II- A não execução dos procedimentos cirúrgicos pactuados no período de 30 dias, sem justificativas;

III- A não garantia do acompanhamento pós operatórios e possíveis intercorrências;

IV - O não preenchimento do módulo MAPA de Leitos no sistema CORE;

V- E o não cumprimento de critérios de Adesão da resolução.

Art. 13 A SES fará o acompanhamento e monitoramento das metas pactuadas e qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

Paragrafo único: Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada pesquisa de satisfação aos usuários atendidos, com intuito de avaliar o serviço prestado e desfecho dos procedimentos.

Art. 14 A SES/MS poderá, a qualquer tempo e durante a vigência desta Resolução, repactuar os limites financeiros programados ou remanejá-los, para os Municípios e/ou Hospitais contratualizados e, ainda, alterar o rol de procedimentos, repactuar o fluxo de regulação, visando ao melhor cumprimento do projeto.

Parágrafo Único: Mensalmente será apresentado, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a partir do mês de junho de 2023, o desempenho dos municípios na execução dos procedimentos programados.

Art. 15 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2023.

Maurício Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

Anexo I

Fonte	Valor
Fonte do Tesouro Estadual	R\$ 45.000.000,00

Anexo II

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	INCENTIVO ESTADUAL
CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO		
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 2.256,85
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 3.708,90
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 2.969,52
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 2.089,08
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.839,42

04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.686,10
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 1.578,25
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO		
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 500,00
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL		
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 3.250,45
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.895,64
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 3.478,85
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 3.465,25
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 2.799,35
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.699,60
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.130,10
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.277,55
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 2.082,15
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 2.174,95
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.884,75
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.803,30
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 1.270,60
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 863,84
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	R\$ 1.337,67
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO		
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	R\$ 2.382,20
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.006,84
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 1.284,85
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.287,80
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 942,22

04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 2.246,00
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 2.832,97
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 4.745,65
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 3.362,30
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 3.170,15
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 2.031,45
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 1.601,92
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 1.601,92
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 1.601,92
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 1.603,73
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 1.603,73
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	R\$ 2.973,40
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.548,30
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 1.656,88
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	R\$ 1.864,45
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2187,30
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2.323,05
CIRURGIA REPARADORA		
04.10.01.007-3	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA	R\$ 1.542,51
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 1.351,92
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 1.175,64
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO		
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$2.910,20
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$2.416,85

ANEXO III
Tabela Incentivo OPMs

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	INCENTIVO ESTADUAL	OPME(R\$)	INCENTIVO TOTAL (PROC + OPME)
CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR				
04.08.01.003-7	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NAO CONVENCIONAL)	R\$ 3.552,84	R\$ 2.558,62	R\$ 6.111,46
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RADIO	R\$ 1.695,96	R\$ 1.103,24	R\$ 2.799,20
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	R\$ 2.969,58	R\$ 4.769,42	R\$ 7.739,00
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 5.091,42	R\$ 21.781,62
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 9.456,00	R\$ 5.004,45	R\$ 14.460,45
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 9.121,00	R\$ 3.529,64	R\$ 12.650,64
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 9.601,62	R\$ 5.004,45	R\$ 14.606,07
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 3.907,82	R\$ 20.598,02
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 12.436,32	R\$ 5.566,50	R\$ 18.002,82
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 8.478,00	R\$ 5.193,02	R\$ 13.671,02
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 4.909,80	R\$ 21.600,00
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 4.909,80	R\$ 21.600,00
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 8.478,00	R\$ 4.815,02	R\$ 13.293,02
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 11.299,62	R\$ 5.375,76	R\$ 16.675,38
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 7.908,61	R\$ 20.906,35
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 13.812,82	R\$ 26.810,56

04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRÊS NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 7.520,93	R\$ 20.518,67
04.08.03.023-2	ARTRODESE TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 10.333,74	R\$ 5.930,15	R\$ 16.263,89
04.08.03.024-0	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 10.321,62	R\$ 5.930,15	R\$ 16.251,77
04.08.03.025-9	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRÊS NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 5.930,15	R\$ 22.620,35
04.08.03.026-7	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 10.334,22	R\$ 3.916,71	R\$ 14.250,93
04.08.03.027-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 6.906,99	R\$ 23.597,19
04.08.03.028-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 9.056,99	R\$ 25.747,19
04.08.03.029-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NIVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 4.991,71	R\$ 21.681,91
04.08.03.030-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.981,99	R\$ 24.672,19
04.08.03.031-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.287,44	R\$ 23.977,64
04.08.03.032-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.287,44	R\$ 23.977,64
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 9.811,62	R\$ 4.545,94	R\$ 14.357,56
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 9.423,96	R\$ 2.874,00	R\$ 12.297,96
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	R\$ 11.496,54	R\$ 6.759,78	R\$ 18.256,32
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 10.073,22	R\$ 20.443,06	R\$ 30.516,28
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 9.811,62	R\$ 5.847,65	R\$ 15.659,27
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	R\$ 8.503,04	R\$ 7.509,56	R\$ 16.012,60
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 9.613,08	R\$ 7.413,89	R\$ 17.026,97
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 7.706,70	R\$ 13.900,00	R\$ 21.606,70

04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 9.922,38	R\$ 3.836,80	R\$ 13.759,18
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 6.929,04	R\$ 3.652,21	R\$ 10.581,25
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 3.457,12	R\$ 682,80	R\$ 4.139,92
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.038-8	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 4.588,26	R\$ -	R\$ 4.588,26
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$ 6.032,88	R\$ -	R\$ 6.032,88
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.715,52	R\$ -	R\$ 10.715,52
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATE 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 8.058,00	R\$ -	R\$ 8.058,00
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 10.359,12	R\$ -	R\$ 10.359,12
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 10.237,62	R\$ -	R\$ 10.237,62
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 10.237,62	R\$ -	R\$ 10.237,62
04.08.03.061-5	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTE	R\$ 11.568,66	R\$ -	R\$ 11.568,66
04.08.03.062-3	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$ 9.685,44	R\$ -	R\$ 9.685,44

04.08.03.063-1	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POS	R\$ 9.672,66	R\$ -	R\$ 9.672,66
04.08.03.064-0	REVISAO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$ 8.478,00	R\$ -	R\$ 8.478,00
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ -	R\$ 16.690,20
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 4.631,12	R\$ -	R\$ 4.631,12
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 6.408,72	R\$ -	R\$ 6.408,72
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 7.209,81	R\$ -	R\$ 7.209,81
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	R\$ 2.756,16	R\$ -	R\$ 2.756,16
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	R\$ 2.147,36	R\$ -	R\$ 2.147,36
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 2.147,36	R\$ -	R\$ 2.147,36
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	R\$ 2.272,48	R\$ -	R\$ 2.272,48
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	R\$ 2.067,12	R\$ -	R\$ 2.067,12
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 4.631,12	R\$ -	R\$ 4.631,12
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 2.658,08	R\$ -	R\$ 2.658,08
04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 1.376,40	R\$ -	R\$ 1.376,40
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$ 1.647,28	R\$ -	R\$ 1.647,28
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	R\$ 1.801,28	R\$ -	R\$ 1.801,28
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$ 1.200,00	R\$ -	R\$ 1.200,00
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 2.957,50	R\$ -	R\$ 2.957,50

04.08.02.006-7	ARTROPLASTIA DE PUNHO	R\$ 1.478,58	R\$ -	R\$ 1.478,58
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 1.446,90	R\$-	R\$ 1.446,90

Anexo IV

Número de Ordem	Código do Procedimento SIGTAP	Forma de Registro	Procedimentos	Valor Incentivo Estadual
1	02.06.01.001-0	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
2	02.06.01.002-8	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	R\$ 202,20
3	02.06.01.003-6	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
4	02.06.01.004-4	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
5	02.06.01.005-2	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
6	02.06.01.007-9	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 194,88
7	02.06.01.008-7	BPA (Individualizado)	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 277,26
8	02.06.02.001-5	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
9	02.06.02.002-3	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
10	02.06.02.003-1	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 272,82
11	02.06.03.001-0	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 277,26
12	02.06.03.002-9	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
13	02.06.03.003-7	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 277,26
14	02.07.01.001-3	BPA (Individualizado)	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 537,50
15	02.07.01.002-1	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 537,50
16	02.07.01.003-0	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 537,50
17	02.07.01.0048	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 537,50

18	02.07.01.005-6	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 537,50
19	02.07.01.006-4	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 537,50
20	02.07.01.007-2	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 537,50
21	02.07.02.001-9	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	R\$ 722,50
22	02.07.02.002-7	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 537,50
23	02.07.02.003-5	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 537,50
24	02.07.03.001-4	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 537,50
25	02.07.03.002-2	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 537,50
26	02.07.03.003-0	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 537,50
27	02.07.03.004-9	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 537,50
28	02.08.01.002-5	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 817,04
29	02.08.01.003-3	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 766,14
30	02.08.03.001-8	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 649,08
31	02.08.03.002-6	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 154,56
32	02.08.03.004-2	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 677,40
33	02.08.04.005-6	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 266,06
34	02.08.04.010-2	BPA (Individualizado)	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/DIURÉTICO	R\$ 330,48
35	02.08.05.001-9	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 360,64
36	02.08.05.003-5	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 381,98
37	02.09.04.001-7	BPA (Individualizado)	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 72,04
38	02.09.04.002-5	BPA (Individualizado)	LARINGOSCOPIA	R\$ 94,28
39	02.11.02.003-6	BPA (Individualizado)	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 10,30
40	02.05.01.003-2	BPA (Individualizado)	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 79,88

41	02.05.01.004-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 79,20
42	02.04.06.002-8	BPA (Individualizado)	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VÉRTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	R\$ 110,20
43	02.05.02.003-8	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 48,40
44	02.05.02.004-6	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 75,90
45	02.05.02.005-4	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 48,40
46	02.05.02.006-2	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 48,40
47	02.05.02.007-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 48,40
48	02.05.02.010-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 48,40
49	02.05.02.011-9	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 48,40
50	02.05.02.012-7	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 48,40
51	02.11.05.002-4	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTMULO	R\$ 22,68
52	02.11.05.003-2	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 50,00
53	02.11.05.004-0	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 50,00
54	02.11.05.005-9	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 50,00
55	02.11.05.008-3	BPA (Individualizado)	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	R\$ 81,00
56	02.11.02.004-4	BPA (Individualizado)	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 90,00
57	02.11.02.005-2	BPA (Individualizado)	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 30,21
58	02.11.02.006-0	BPA (Individualizado)	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 90,00
59	02.09.01.002-9	BPA (Individualizado)	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 820,00
60	02.09.01.003-7	BPA (Individualizado)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 550,00
61	02.05.01.003-2	BPA (Individualizado)	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 119,82
62	02.11.05.010-5	BPAI e AIH	POLISSONOGRRAFIA	R\$ 375,00
63	03.09.03.010-2	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)	R\$ 1.836,00

64	03.09.03.011-0	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAIIS)	R\$ 1.601,00
65	03.09.03.012-9	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	R\$ 1.836,00
66	03.09.03.013-7	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIÕES RENAIIS)	R\$ 1.601,00
67	02.11.09.001-8	BPA (Individualizado)	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	R\$ 432,00
68	02.01.01.041-0	BPA (Individualizado)	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 811,24
69	02.01.01.058-5	BPA (Individualizado)	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 199,44
70	02.05.02.019-4	BPA (Individualizado) e AIH	MARCAÇÃO DE LESÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE LESÃO NAO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA	R\$ 76,29
71	02.01.01.047-0	BPA (Individualizado)	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 189,84
72	02.11.02.001-0	APAC e AIH	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 2.100,00
73	02.03.02.006-5	BPA (Individualizado)	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 45,83
74	02.03.02.003-0	BPA e AIH (Individualizado)	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 40,78

Anexo V

Item Número de Ordem	Cod.SIGTAP (Grupo/Sub-grupo)	Descrição	Valor Incentivo Estadual
1	02.07	02.07.01.001-3 - ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL (COM SEDAÇÃO)	R\$ 977,50
		02.07.01.002-1 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.004-8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.005-6 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA(COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.007-2 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.02.003-5 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.004-9 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.003-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.02.002-7 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.003-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.001-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	
02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (COM SEDAÇÃO)			

02	02.06	02.06.01.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,52
		02.06.01.002-8 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 642,20
		02.06.01.003-6 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,52
		02.06.01.004-4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50
		02.06.01.005-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50
		02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO- C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 634,88
		02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 712,82
		02.06.03.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 717,26
		02.06.03.003-7 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 717,26
		02.06.02.001-5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50
		02.06.03.002-9 -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50
		02.06.01.006-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA (COM SEDAÇÃO)	

ANEXO VI**Declaração de Adesão Projeto MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**

O município, por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxxx, DECLARO para fins de adesão do Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023/2024, que executaremos os procedimentos conforme relacionados abaixo, com os respectivos códigos, valores, capacidade de realização mensal dos procedimentos e declaramos ainda que possuímos capacidade instalada, recursos humanos e insumos necessário para a realização dos mesmos e concordamos com a utilização do sistema CORE.

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) do Hospital)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

ANEXO VII**Declaração Negativa à Adesão ao Projeto MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**

O (município), por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxx , DECLARA que não possui capacidade instalada/ operacional para a adesão de execução do Projeto **MS**

SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023/2024 conforme Resolução SES nºXX.

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

ANEXO VIII
Proposta de Execução

Município executante	Unidade Executante	CNES da Unidade	Nome Procedimento	Cód Proced Sigtap	Valor proc. do projeto	Quantidade procedimento mês	Quantidade procedimento anual	Valor Total

(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

ANEXO IX
PLANILHA DE ATENDIMENTO

Número da AIH ou APAC	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Código da solicitação do CORE	Data da Internação (AIH) Data da cirurgia (APAC)	Data da Alta	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado do SIGTAP	CID	Valor do Incentivo Estadual

Assinatura do Auditor

Assinatura do Gestor

Anexo X
Procedimentos em BPAI

Número do BPAI	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Código da solicitação do CORE	Data da Realização do procedimento	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado SI-GTAP	CID	Valor do Incentivo Estadual

Assinatura do Auditor

Assinatura do Gestor

Anexo XI
Declaração de Qualificação Técnica

Declaro para devidos fins possuir qualificação técnica e capacidade técnica para executor os procedimentos cirúrgicos os quais ofertei ao Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, conforme os dispostos nesta resolução.

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)

Anexo XII

Dispõe sobre a revisão, autorização e processamento de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual para o Plano Estadual de Redução das Filas De Cirurgias Eletivas e Ampliação do Acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul.

Serão consideradas para efeito revisão, autorização e processamento exclusivamente os procedimentos cirúrgicos que estejam dentro de princípios éticos, mediante registro da evolução clínica do paciente, propriedade na indicação e solicitação de exames e respectiva terapêutica, indicação de cirurgia e compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico ou quadro clínico apresentado, conforme SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema – 2017 (Manual SIHSUS), aprovado pela PT/GM/MS 3.950 de 28/12/2017 versão atualizada no site http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos_sihd2.php .

Para a revisão e autorização dos procedimentos cirúrgicos:

A revisão e a autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão efetuadas mediante a apresentação pelos estabelecimentos de saúde vinculados à gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) da produção informada nos sistemas de captação de informações do SUS, devendo estar de acordo com as exigências normatizadas e compatíveis com as informações contidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), atualizados na versão da competência corrente.

Os Laudos Médicos para Emissão de AIH e APAC de caráter eletivo deverão ser apresentados para autorização previamente à realização do procedimento e deverão estar acompanhados de exames pré-operatórios (conforme o caso) que corroborem a indicação de cirurgia eletiva.

Durante a fase de laudos os procedimentos cirúrgicos devem ser apresentados com o respectivo Registro Geral de Operações (RGO) com a descrição cirúrgica, ficha de anestesia, relatório de alta e agendamento de consulta de retorno, carimbados e assinados pelos respectivos profissionais médicos, conforme Manual SIHSUS.

- a) Os procedimentos cirurgicos devem ser realizados por uma equipe mínima composta de médico cirurgião, médico auxiliar e médico anestesista;
- b) No caso de procedimentos com retirada de peça cirúrgica, as respectivas AIH devem ser acompanhadas do resultado do exame anatomopatológico correspondente;
- c) A descrição cirúrgica é responsabilidade do profissional que realiza procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico, descrever os tempos cirúrgicos, conter informação da lateralidade a ser operada, quando couber, data, horário de início e final do procedimento e a relação das OPME, se utilizadas;
- d) A ficha anestésica contém dados fisiológicos e farmacológicos, data e hora que são informados pelo médico anestesista durante todo o procedimento cirúrgico;
- e) Para as OPME devem ser fixado etiquetas de identificação na RGO e na solicitação de procedimentos especiais conforme RDC Anvisa nº 556, 30/08/2021;
- f) Para autorização só serão consideradas as OPME compatíveis com o procedimento segundo a tabela SIGTAP;
- g) **Não é permitida a realização concomitante do ato cirúrgico e ato anestésico pelo mesmo profissional médico, conforme Resolução CFM 1670/03 e Resolução CFM 1802/2006, com exceção de procedimentos de urgência/emergência.**

A inconformidade de situação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos profissionais, serviços e estabelecimentos, assim como irregularidades na apresentação do prontuário resultam em glosa.

Dos prazos:

As solicitações de pré-autorização de procedimento deverão ser encaminhadas a CECAA por planilhas e anexos **às segundas e quartas-feiras, ou** no próximo dia útil, em caso de feriados;

A partir do recebimento da solicitação de autorização de AIH/APAC, a CECAA terá dias úteis para avaliar a solicitação e devolução do processo;

A partir da data de autorização do Laudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar de caráter eletivo, a cirurgia deverá ser realizada no prazo máximo de até 30 dias. Transcorridos esse período o Laudo de Autorização perderá a validade, sendo necessário nova apresentação.

AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS – AIH

Etapa	Meio de apresentação	Requisitos obrigatórios	Momento da internação	Análise pela GCSIS	Desdobramentos
Pré autorização	Planilha VI A (planilha de pré autorização laudo)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar cópia de laudos de Exames pré-operatórios. - Informar história clínica com justificativa p/ realização do procedimento descrita na planilha - Anexar cópia Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente) 	Pré agendamento Anterior à internação	Simultânea	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado
	CORE (pré-autorização)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar exames pré-operatórios. - Anexar cópia do Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente) 	Pré agendamento Anterior à internação		

Autorização de laudo de AIH	Planilha VI (planilha de laudo)	<ul style="list-style-type: none"> - Informar as datas: da pré autorização, data internação, data cirurgia e da alta hospitalar - Informar na planilha e anexar cópias: solicitação de procedimentos especiais (diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc. - Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM - Anexar cópia de Rx pós cirúrgico e do Laudo de exame anatomopatológico (se for o caso) - Informar na planilha e anexar cópias RGO, Ficha de anestesia, Sumário de Internação. 	Após alta hospitalar	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizada* - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado <p>* Libera número de AIH</p>
	CORE	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar as solicitações de procedimentos especiais: diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc. - Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM. - Anexar cópias RGO, ficha de anestesia, Rx pós operatório (ortopedia) - Preencher Sumário de Internação. 	Concomitante à internação, com preenchimento simultâneo no sistema das fases de admissão, manutenção, autorização, finalização.	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado* - Recusado <p>*Libera número de AIH informado na planilha</p>
Autorização espelho DE AIH	Planilha VII (planilha de espelhos)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar arquivos de exportação do SISAIH01 (para o SIHD e SISAIH01) - Cópia de laudo de a anatomopatológico 	Após alta hospitalar	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado* - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado <p>*Processamento das informações no SIHD</p>

Obs.: As cópias dos documentos devem conter identificação do paciente, sendo eles:

- Laudos de solicitação de internação - assinatura e carimbo do médico solicitante
- Laudos de solicitação de procedimentos especiais - assinatura e carimbo do médico solicitante
- Registro Geral de Operação - assinatura e carimbo dos médicos componentes da equipe cirúrgica
- Ficha de anestesia - médico anestesista
- Sumário de Internação - médico responsável pelas informações registradas.

AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

Etapa	Meio de apresentação	Documentos obrigatórios*	Momento da autorização	Análise pela GCSIS	Desdobramentos
Pré autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (pré-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	- Laudo de solicitação/autorização da APAC (preenchida e assinada pelo médico solicitante); - Lista nominal de pacientes; - Cópia ou descrição de laudos de exames pré operatórios (tonometria, mapeamento de retina, microscopia especular, acuidade visual e biometria)	Anterior à cirurgia	Semanal	- Autorizado - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado
Autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (Pós-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	- Laudo de solicitação autorização da APAC. - Lista Nominal de pacientes (com as datas: da autorização, da cirurgia ambulatorial e do agendamento da consulta pós-cirúrgica); - Etiqueta da lente óptica inserida (colar na ficha de RGO; - RGO, Ficha de anestesia; - Sumário de alta ambulatorial.	Após à cirurgia	Conforme Cronograma CE-CAA	- Autorizada** - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado ** Libera número de APAC
Autorização espelho de APAC	Lista Nominal (espelhos) + Documentos impressos e digitalizados	- Anexar arquivos de exportação da APAC	Após à cirurgia	Conforme Cronograma CE-CAA	- Autorizado** - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado **Processamento das informações no sistema APAC

Obs.: São considerados documentos obrigatórios:

Lista nominal preenchida com as informações requeridas em cada uma das etapas do processo de autorização segundo os modelos disponibilizados pela CECAA;

Exames pré-operatórios que comprovem o diagnóstico e a indicação do procedimento solicitado;

- Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial (APAC) total e corretamente preenchido pelo médico solicitante;
- Registro Geral de Cirurgia (RGO), Ficha de anestesia, assinadas pelos profissionais responsáveis pelos procedimentos realizados;
- Etiqueta da lente inserida na cirurgia;
- Sumário de alta ambulatorial: é uma ficha na qual o médico assistente deve informar as condições clínicas do paciente pós-cirúrgica, bem como, as orientações fornecidas ao paciente quanto aos cuidados com curativo, uso de medicamentos, e/ou outras informações pertinentes***.

***No sumário de alta deve ser informado data e local da próxima avaliação pós-cirúrgica (consulta) conforme exigência contratual.