

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

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

O município, por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxx, 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**