

PORTARIA N.º 582/2023/GBSES

Estabelece critérios sobre a utilização de leito complementar de unidade de terapia intensiva/UTI (adulto, pediátrico, neonatal) não credenciado/habilitado, denominado como "leito extra" e demais serviços requisitados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, previstas no art. 71 da Constituição Estadual, e

CONSIDERANDO a Lei n.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, especialmente quanto ao inciso XIII do art. 15, que autoriza o Poder Público a requisitar bens e serviços de particulares para atendimento de situações reconhecidas como de perigo iminente, assegurando-lhes justa indenização;

CONSIDERANDO o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

CONSIDERANDO que a Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.606, de 11 de setembro de 2001, determina que os Estados, Distrito Federal e Municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS n.º 2.567, de 25 de novembro de 2016, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS;

CONSIDERANDO o Decreto Estadual n.º 670, 07 de outubro de 2020, que regulamenta os termos da Lei n.º 10.783, de 28 de dezembro de 2018, que dispõe a transparência na Política Estadual de Regulação do SUS, no âmbito do estado de Mato Grosso;

CONSIDERANDO o Decreto Estadual n.º 456, de 24 de março de 2016, que dispõe sobre o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto Estadual n.º 123, de 14 de fevereiro de 2023, que regulamenta a Lei n.º 11.345, de 28 de abril de 2021, que dispõe sobre a atualização cadastral e a intervenção na fila de espera na regulação do SUS;

CONSIDERANDO o Decreto Estadual n.º 130, de 24 de fevereiro de 2023, que institui o Sistema de Informação INDICASUS para uso obrigatório a todas as unidades hospitalares públicas e privadas do estado de Mato Grosso, para notificações hospitalares e controle de leitos/internações;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 168/GBSES, de 28 de julho de 2010, que define os critérios a serem observados para a efetivação do pagamento, à título de indenização, às unidades hospitalares privadas situadas na capital e interior do estado de Mato Grosso que tiverem serviços requisitados pela Secretaria de Estado de Saúde, através da Superintendência de Regulação;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 113/GBSES, de 10 de maio de 2018, que estabelece, na forma dos Anexos da Portaria, as atribuições gerais e específicas, tratando-se da função do Médico Regulador, nas áreas: Regulação Regional; Regulação de Atendimento Móvel de Urgência; Regulação de Urgência e Emergência de Leitos Hospitalares e Regulação de Alta Complexidade no Programa de Tratamento Fora Domicílio; e da função do Médico Supervisor;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 594/2021/GBSES, de 10 de agosto de 2021, que define critérios para o financiamento estadual de sessões de hemodiálise realizadas em Leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto) das unidades hospitalares públicas e privadas não habilitadas/credenciadas ou em processo de habilitação/credenciamento junto ao SUS, no território do estado de Mato Grosso;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 208/2023/GBSES, de 21 de março de 2023, que atualiza os critérios para a transferência de recursos financeiros em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação junto ao SUS em Mato Grosso, bem como dispõe sobre a utilização obrigatória do Sistema INDICASUS para notificações hospitalares e controle de leitos/internações, e revoga a Portaria n.º 063/2022/GBSES;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 372/2023/GBSES, de 15 de maio de 2023, que define critérios para o financiamento estadual ao Programa Mais MT Cirurgias (GOV MT Fila Zero na Cirurgia) 2023, incentivando a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais eletivos de média e alta complexidade, no âmbito do estado de Mato Grosso;

CONSIDERANDO a insuficiência de serviços credenciados ao SUS, de Leito Complementar em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO), que realizam procedimentos clínicos e cirúrgicos de assistência de média e alta complexidade no âmbito do estado de Mato Grosso;

CONSIDERANDO que em municípios do estado de Mato Grosso há rede de assistência privada de saúde que possui capacidade instalada de Leito Complementar em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO), que realiza procedimentos cirúrgicos de assistência de média e alta complexidade que poderiam evitar a transferência de pacientes/usuários do SUS para serviços de referência distantes (do local de residência do paciente/usuário do SUS), no âmbito do estado de Mato Grosso;

CONSIDERANDO que o deslocamento dos pacientes é providência a ser tomada quando inevitável a transferência para assegurar o atendimento oportuno/integral, tendo-se em vista a missão de prevenir/reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde - eventos ou circunstâncias que poderiam resultar em dano desnecessário para o paciente;

CONSIDERANDO que as despesas de logística/transporte em unidades móveis de terapia intensiva, via terrestre ou aérea, em casos de urgência e emergência, são superiores às despesas dos procedimentos clínicos e cirúrgicos, se realizados no território de abrangência, mesmo que por valores distintos da Tabela SIGTAG/SUS;

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer critérios sobre a utilização de leito complementar de unidade de terapia intensiva/UTI (adulto, pediátrico, neonatal) não credenciado/habilitado, denominado como "leito extra" e demais serviços requisitados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Parágrafo único. O caput abrange as unidades hospitalares mantidas por entidades filantrópicas, entidades com personalidade jurídica de direito privado e/ou sem fins lucrativos, situadas no território do estado de Mato Grosso.

DOS CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO E ATENDIMENTO

Art. 2º Para a utilização do leito complementar de UTI, denominado como "leito extra", não credenciados/habilitados, terão os seguintes

critérios:

I - Conforme o Decreto Estadual n.º 130/2023, o sistema de informação INDICASUS, que é de uso obrigatório a todas as unidades hospitalares públicas e privadas do estado de Mato Grosso, para notificações hospitalares e controle de leitos/internações, deverá estar devidamente implementado e com atualização diária;

II - O leito complementar de unidade de terapia intensiva/UTI (adulto, pediátrico, neonatal) denominado como "leito extra" e/ou o procedimento requisitado, não pode estar disponível ao SUS na localidade onde o paciente/usuário estiver internado, nem às localidades mais próximas, sendo esgotadas as possibilidades de busca ativa de vaga SUS junto às CRUEs Cuiabá, Rondonópolis, Sinop e Cáceres;

III - O paciente/usuário do SUS deverá possuir solicitação de vaga com Boletim de Regulação inserido no Sistema Nacional de Regulação on-line SISREG-III (Oficial do Ministério da Saúde);

IV - A Superintendência da CRUE deve analisar mediante evolução do quadro clínico realizado pelo médico ao Boletim de Regulação SISREG III do paciente, para direcionamento ao leito extra, sempre se valendo da localidade mais próxima de sua residência ou internação.

DA VALIDAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DO LEITO EXTRA

Art. 3º De modo a instrumentalizar a solicitação de prestação de serviços de leito extra, deverão ser observados os seguintes requisitos:

I - Deverá o Médico Regulador/SES-MT, registrar no Boletim de Regulação SISREGIII, a indisponibilidade do leito complementar de unidade de terapia intensiva/UTI (adulto, pediátrico, neonatal) na rede de assistência credenciada/habilitada ao SUS, sendo esgotadas as possibilidades de busca ativa de vaga SUS junto às CRUEs Cuiabá, Rondonópolis, Sinop e Cáceres, assim como todas as informações pertinentes ao caso;

II - Deverá a Coordenadoria de Regulação da CRUE anexar ao Boletim de Regulação SISREG-III:

a) O Relatório de Supervisão Técnica/Médica de Gestão de Leitos, contendo a Evolução Médica Diária de Admissão no leito complementar unidade de terapia intensiva/UTI (adulto, pediátrico, neonatal), denominado como "leito extra", requisitado por prerrogativa do Médico Regulador/SES-MT CRUE/GBSAREG/SES-MT, de interesse público;

b) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida (Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente/Solicitante conforme orientação técnica do Médico Regulador/SES-MT no Ato Regulatório);

c) Exames laboratoriais ou de imagem realizados;

d) Prescrição médica atualizada, se for o caso.

III - O Médico Regulador/SES-MT fará a inserção, por meio do Sistema Nacional de Regulação on-line SISREG-III, requisitando do estabelecimento de saúde filantrópico e/ou privado sem fins lucrativos, os serviços pertinentes e necessários ao tratamento e assistência à saúde do paciente/usuário do SUS, mediante justificativa, e para a efetivação do pagamento.

Art. 4º Os pacientes/usuários do SUS internados em "leito extra", terão prioridade para transferência para vaga SUS em leitos públicos e/ou credenciados/habilitados ao SUS, logo que, tenha disponibilidade de vaga SUS e/ou o paciente tenha condições clínicas, possibilitando a transferência.

DO PAGAMENTO

Art. 5º Para a efetivação do pagamento do "leito extra" e/ou do procedimento requisitado e executado, serão observados:

I - O Relatório da Supervisão Técnica/Médica de Gestão de Leitos 24horas, elaborado pela equipe do setor de monitoramento, controle e avaliação do Escritório Regional de Saúde de abrangência, no primeiro dia útil após a requisição e autorização realizada por prerrogativa do Médico Regulador/CRUE/GBSAREG/SES-MT, de interesse público.

II - A entrega da conta/fatura, pelo prestador, até o dia 30 (trinta) de cada competência;

III - A análise contábil e financeira, em até 06 (seis) dias;

IV - O relatório de internação extraído do sistema de monitoramento de internação INDICASUS/SES-MT.

Parágrafo único. Os credores elegíveis deverão seguir as normas legais vigentes para procedimentos e fluxos administrativos, que serão informados detalhadamente e oportunamente.

Art. 6º Não serão admitidos os processos de pagamento sem a devida apresentação do Relatório da Supervisão Técnica/Médica de Gestão de Leitos 24horas, elaborado pela equipe do setor de monitoramento, controle e avaliação do Escritório Regional de Saúde de abrangência, ressaltando que o não encaminhamento a contento, importará na devolução do processo sem qualquer análise.

Art. 7º O pagamento de que trata esta Portaria, referente ao valor da diária do "leito extra" de UTI e/ou o procedimento requisitado, será pago conforme as seguintes normativas:

I - Sessões de hemodiálise: Portaria n.º 594/2021/GBSES e/ou suas alterações, especialmente quanto ao art. 4º, que determina que o valor da sessão de hemodiálise financiada pelo Estado tem como base a Tabela SIGTAP/DATASUS, acrescida em 100% (cem por cento) para os códigos dispostos no Anexo I desta Portaria ora publicada;

II - Custeio dos leitos (leito complementar de UTI não habilitado e/ou em processo de credenciamento/habilitação): Portaria n.º 208/2023/GBSES e/ou suas alterações, com destaque ao art. 17, que dispõe que os recursos financeiros para apoio ao custeio mensal dos leitos de UTI estão discriminados de acordo com a tabela colacionada no Anexo II desta presente Portaria;

III - Procedimentos cirúrgicos de assistência de média e alta complexidade e órteses, próteses e materiais especiais: Portaria n.º 372/2023/GBSES e/ou suas alterações, em especial no que tange o art. 4º, que estabelece que o valor dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de média e alta complexidade estão dispostos nos Anexos I e II do Decreto n.º 241/2023, conforme o Anexo III desta Portaria.

Parágrafo único. Quanto ao inciso I (sobre as sessões de hemodiálise), o limite financiado pelo Estado é de 01 (uma) sessão por dia por paciente ou 30 (trinta) sessões por mês por paciente, e o estabelecimento de saúde é o responsável pelos custos operacionais, de insumos, materiais e equipamentos para o pleno funcionamento dos serviços de hemodiálise prestados à beira leito de UTI.

DA ANÁLISE DE CONTAS

Art. 8º O controle das contas/faturas apresentadas será realizado pela comprovação do serviço efetivado, respeitando o seguinte fluxo/diretriz:

I - Seguir as orientações com relação à apresentação da conta, quando realizado procedimento cirúrgico, conforme Manual de Operacionalização dos Sistemas Oficiais SIA/SIH/SUS do Ministério da Saúde, combinado com parecer CFM n.º 31/2019;

II - A avaliação pelo Médico Supervisor/SES-MT dos seguintes documentos:

a) Boletins de Regulação emitido pelo Sistema Nacional de Regulação on-line SISREGIII (Oficial do Ministério da Saúde);

b) Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente/Solicitante conforme orientação técnica do Médico Regulador/SES-MT no Ato Regulatório;

c) Laudo de Solicitação de OPMEs, para verificação da real necessidade dos procedimentos solicitados, regulados e executados, bem como a viabilização das OPMEs (Manual de Operacionalização do SIA/SIH/SUS, capítulo de utilização de OPMEs, páginas 39 a 40, versão janeiro/2017, que estabelece critérios de procedimentos).

§1º No momento do faturamento, é necessário a inserção do CNPJ da empresa, e o Médico Supervisor/SES-MT supervisionará, mediante exames de diagnóstico por imagem, se o material solicitado foi efetivamente utilizado.

§2º Outros procedimentos especiais (de alto custo) necessários ao adequado atendimento e tratamento para assistência integral à saúde do paciente/usuário do SUS, de acordo com a capacidade técnica e instalada e complexidade, serão autorizados desde de que sejam devidamente solicitados e a pertinência aprovada pelo Profissional Médico Supervisor/SES-MT do Escritório Regional de Saúde de abrangência ou CRUE Cuiabá.

§3º Solicitação de stent farmacológico excedente ao limite máximo de 02 (dois) stents por paciente/usuário do SUS, será pago desde que seja devidamente justificado pelo médico que executou o procedimento cirúrgico, com a apresentação de nota fiscal atestada e auditada pelo Profissional Médico Supervisor/SES-MT do Escritório Regional de Saúde de abrangência, conforme o parecer conclusivo da PGE/MT n.º 3.374/SGAC/PGE/2019.

Art. 9º O Escritório Regional de Saúde/Superintendência de Gestão Regional/Gabinete da Secretaria Adjunta Executiva de Saúde ou CRUE Cuiabá/SURUE/GBSAREG/SES-MT, será responsável pela indicação dos prestadores de serviços elegíveis, devendo observar os critérios estruturais, capacidade instalada e técnica (equipamentos e profissionais).

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 Todos os atos relativos à execução desta Portaria, deverão ser inseridos no Sigadoc, a fim de promover a ampla transparência das ações realizadas no que tange a instauração dos processos administrativos para execução dos serviços de saúde.

Art. 11 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros retroativos à 1º de maio de 2023, revogando a Portaria n.º 410/2023/GBSES, publicada no Diário Oficial n.º 28511, de 31/05/2023.

Cuiabá/MT, 09 de agosto de 2023.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO

Secretário de Estado de Saúde

(Original Assinado)

ANEXO I

Código	Descrição do procedimento	Valor da sessão paga pela SES-MT
SIGTAP		
03.05.01.010-7	Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 388,40
03.05.01.009-3	Hemodiálise (excepcionalidade - máximo 1 sessão por semana)	R\$ 388,40
03.05.01.011-5	Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (máximo 3 sessões por semana)	R\$ 530,82
03.05.01.012-3	Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (excepcionalidade - máximo 1 sessão por semana)	R\$ 530,82
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos/crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado	R\$ 530,82

ANEXO II

LEITOS DE UTI	VALOR DO INCENTIVO UTI LEITO/DIA/SES
(ADULTO, PEDIÁTRICA, UCO, NEONATAL - UCINCO, UCINCA, QUEIMADOS)	(Fonte: 1.500.0000)
UTI ADULTO (HABILITADA)	08.02.01.008-3 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II) R\$ 1.109,69
08.02.01.009-1 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	R\$ 1.181,61
UTI PEDIÁTRICA (HABILITADA)	08.02.01.015-6 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II) R\$ 1.109,69
08.02.01.007-5 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	R\$ 1.181,61

UTI NEONATAL (HABILITADA) 08.02.01.012-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA R\$
INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II) 1.109,69

08.02.01.013-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA R\$ 1.181,61
NEONATAL - UTIN (TIPO III)

08.02.01.023-7 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS R\$ 418,16
INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - CONVENCIONAL (UCINCo)

08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS R\$ 348,46
INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - CANGURU (UCINCa)

UTI CORONÁRIA (HABILITADA) 08.02.01.021-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA R\$
INTENSIVA CORONARIANA - UCO TIPO II 1.109,69

08.02.01.022-9 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA R\$ 1.181,61
CORONARIANA - UCO TIPO III

UTI QUEIMADOS 08.02.01.011-3 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA R\$
(HABILITADA) INTENSIVA DE QUEIMADOS 1.109,69

UTI EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PROCESSO R\$
DE HABILITAÇÃO/CREDENCIAMENTO(*) 2.000,00

ANEXO III

ALTA COMPLEXIDADE

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO PADRÃO DO PROCEDIMENTO				VJ UF
	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL				
0201010127 A	ABERTO				R\$ CEU 2,
	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA				
0201010135 E	PEDICULO VERTEBRAL (POR GUIADO)				R\$ DISPOSITIVO 8,
	BIOPSIA DE	DE		ENDOCARDIO	/ R\$ 2,
0201010143	MIOCARDIO				
	BIOPSIA DE LAMINA PEDICULO E PROCESSOS				
0201010259	VERTEBRAIS (A		CEU		R\$ ABERTO) 86
	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR				
0201010542	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X				R\$ 25
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA				
0206010010	CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE				R\$ 17
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA				
0206010028	LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE				R\$ 20
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA				
0206010036	TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE				R\$ 17
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE /				
0206010044	SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO- MANDIBULARES				R\$ 17
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO				
0206010052					R\$ 17
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO				
0206010079					R\$ 15

0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 17
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 27
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 27
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 17
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 27
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 53
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 53
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 53
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 53
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 53
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 53
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 53
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 72
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 53
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 53
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 53
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 53
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 53
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 53
0208010017	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 91
0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 81
0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO	R\$ 76

	(MINIMO 3 PROJECCOES)	
0208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES)	R\$ 33
	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS	
0208010084	CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 35
0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 64
0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 15
0208030034	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 21
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 67
0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 26
0208040102	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 33
0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 36
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 38
0208050043	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 91
0208070010	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 91
0208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)	R\$ 26
0208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 10
0210010053	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 34
0210010061	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 46
0210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 35
	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO	
0210010096	DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 10
0210010100	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 10
0210010118	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 10
0210010126	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 34
0210010134	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 38

0210010142	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 46
0210010150	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 46
0211020010	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 2.
0211020028	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	R\$ 2.
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 2.
0406010196	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR*	R\$ 47
0406010536	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL*	R\$ 28
0406010633	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO*	R\$ 41
0406010650	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO*	R\$ 14
0406010676	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO*	R\$ 12
0406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR*	R\$ 26
0406010820	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA*	R\$ 33
0406010927	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA*	R\$ 27
0406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS) *	R\$ 27
0406011206	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA*	R\$ 36
0406030014	ANGIOPLASTIA CORONARIANA*	R\$ 7.
0406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS*	R\$ 15
0406030030	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT*	R\$ 15
0406040028	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT) *	R\$ 14
0406040052	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT) *	R\$ 9.
0406040060	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO) *	R\$ 12
0406040095	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO) *	R\$ 16

	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA /	
0406040168	DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA*	R\$ 66
	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA/	
0406040176	DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	R\$ 36
	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL	
0408010037	(NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 2.
	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA	
0408030038	POSTERIOR DOIS NÍVEIS*	R\$ 12
	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA	
0408030054	POSTERIOR TRES NÍVEIS*	R\$ 15
	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS*	
0408030062		R\$ 12
	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS*	
0408030070		R\$ 12
	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL*	
0408030119		R\$ 12
	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR /	
0408030135	POSTERO-LATERAL UM NÍVEL*	R\$ 13
	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR /	
0408030143	POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS*	R\$ 15
	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR /	
0408030151	POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS*	R\$ 16
	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	
0408030267	UM NÍVEL*	R\$ 14
	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	
0408030275	TRÊS NIVEIS*	R\$ 17
	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	
0408030283	CINCO NIVEIS*	R\$ 20
	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR,	
0408030291	DOIS NÍVEIS*	R\$ 18
	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR,	
0408030305	QUATRO NÍVEIS*	R\$ 20
	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) *	
0408040041		R\$ 12
	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL*	
0408040068		R\$ 16
	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO	
0408040092	CIMENTADA / HÍBRIDA*	R\$ 12
	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL) *	
0408050047		R\$ 12
	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO /	
0408050055	RECONSTRUCAO*	R\$ 28
	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO*	
0408050063		R\$

0403020115	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	R\$ 4.
0403030064	HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR	R\$ 8.
0403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 9.
0403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 12
0403040116	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	R\$ 12
0403070058	EMBOLIIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 8.
0403070163	EMBOLIIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 8.
0403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 7.
0405030169	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 12
0405030177	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 14
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 2.
0407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 5.
0408010037	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL- UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 2.
0408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 5.
0408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 5.
0408030631	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$ 5.
0408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 9.
0408040157	OSTEOTOMIA DA PELVE	R\$ 3.

*Procedimento com órtese, prótese e medicamento especial-OPME incluso.

MÉDIA COMPLEXIDADE

CÓDIGO SIGTAP DESCRIÇÃO PADRÃO DO PROCEDIMENTO

0201010020 BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL

	PELE			
0201010038	BIOPSIA TIREOIDE		CIRURGICA	
0201010046	BIOPSIA DE ANUS E CANAL A N A L			
0201010062	BIOPSIA DE B E X I G A			
0201010070	BIOPSIA DE BOLSA E S C R O T A L			
0201010089	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO E X T E R N O			
0201010097	BIOPSIA DE C O N J U N T I V A			
0201010100	BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (U N I L A T E R A L)			
0201010119	BIOPSIA DE C O R N E A			
0201010151	BIOPSIA DE E N D O M E T R I O			
0201010160	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA			
0201010178	BIOPSIA	DE		EPIDIDIMO
0201010186	BIOPSIA	DE		ESCLERA
0201010194	BIOPSIA	DE		FARINGE/L
0201010216	BIOPSIA PUNCAO	DE		FIGADO
0201010224	BIOPSIA LINFATICO		DE	
0201010232	BIÓPSIA SALIVAR		DE	
0201010240	BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR			
0201010267	BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)			
0201010275	BIOPSIA OSSEA		DE	
0201010283	BIOPSIA ABERTO)	DE	MUSCULO	(A
0201010291	BIOPSIA DE NERVO			
0201010305	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)			
0201010313	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)			
0201010321	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO			

INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)

0201010330 BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO
SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)

0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA F A C E

0201010356 BIOPSIA DE P A L P E B R A

0201010364 BIOPSIA DE PAVILHAO A U R I C U L A R

0201010372 BIOPSIA DE PELE E PARTES M O L E S

0201010380 BIOPSIA DE P E N I S

0201010399 BIOPSIA DE PIRAMIDE N A S A L

0201010402 BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRAÇÃO/AGULHA
/ PLEUROSCOPIA)

0201010410 BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL

0201010437 BIOPSIA DE RIM POR PU

0201010445 BIOPSIA DE PARANASAL

0201010453 SINÓVIA

0201010461 TESTICULO

0201010470 BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE
PAAF

0201010488 BIOPSIA DE U R E T E R

0201010496 BIOPSIA DE U R E T R A

0201010500 BIOPSIA/PUNÇÃO DE V A G I N A

0201010518 BIOPSIA/PUNÇÃO DE V U L V A

0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA B O C A

0201010550 BIOPSIA P R É - E S C A L É N I C A

0201010569 BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE M A M A

0201010585 PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA F I N A

0201010593 PUNÇÃO DE CISTERNA S U B - O C C I P I T A L

0201010607 PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA

PUNÇÃO DE VAGINA

0201010615

0201010623 PUNÇÃO
DEFERENTE

EXPLORADORA

0201010631 PUNÇÃO
LOMBAR

0201010640 E S V A Z I A M E N T O

0201010658 PUNÇÃO
TRANSFONTANELA

VI

0201010666 BIOPSIA DO COLO U T E R I N O

0205010040 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

0205010059 ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO

0205020089 ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA

0207020019 RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

0209010010 COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA
(VIA ENDOSCÓPICA)

0210010045 AORTOGRAFIA ABDOMINAL

0211050083 ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)

0211060011 BIOMETRIA ULTRASSONICA

0211060020 BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OLHO DIREITO

0211060038 CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL
COM GRAFICO

0211060062 CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO
(MINIMO 3 MEDIDAS)

0211060100 FUNDOSCOPIA

0211060119 GONIOSCOPIA

0211060127 MAPEAMENTO DE RETINA

0211060143 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA

0211060151 POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL

0211060160 POTENCIAL VISUAL EVOCADO

0211060178 RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR

0211060186 RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR

0211060216 TESTE DE SCHIRMER

0211060232 TESTE ORTOPTICO

0211060259 TONOMETRIA

0211060267 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA

0211060283 TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEdia
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0301010072 CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL
(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)

0303050012 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE
GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA-
OLHO DIREITO

0403010012 CRANIOPLASTIA

0403010101 DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO
/ ATRIO / PLEURA / RAQUE

0403020123 TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME
COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO
AO NIVEL DO CARPO

0404010016 ADENOIDECTOMIA

0404010024 AMIGDALECTOMIA

0404010032 AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA

0404010105 ESTAPEDECTOMIA

0404010113 EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE

0404010121 EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS
SUPERIORES, FACE E PESCOCO

0404010210 MASTOIDECTOMIA RADICAL

0404010229 MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL

0404010237 MICROCIRURGIA OTOLOGICA

0404010326 SINUSOTOMIA BILATERAL

0404010350 TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)

0404010415 TURBINECTOMIA

0404010482 SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO

0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR

0404010520 SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA

0405010010 CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO

0405010036 DACRIOCISTORRINOSTOMIA

0405010060 EPILACAO DE CILIOS

0405010079 EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS
LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS

0405010141 SIMBLEFAROPLASTIA

0405010168 SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS

0405010184 TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE

0405020015 CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO
(ACIMA DE 2 MUSCULOS)

0405020023 CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO
(ATE 2 MUSCULOS)

0405030045 FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO
4 APLICACOES POR OLHO)

0405030053 INJECAO INTRA-VITREO

0405030134 VITRECTOMIA ANTERIOR

0405030142 VITRECTOMIA POSTERIOR

0405030150 VITRIOLISE A YAG LASE

0405030193 PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER

0405030223 REMOCAO DE OLEO DE SILICONE

0405040075 EVISCERACAO DO GLOBO OCULAR

0405040105 EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR

0405040130 INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR

0405040202 TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL

0405040210 REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOULAR

0405050020 CAPSULOTOMIA A YAG LASER

0405050070 CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS

0405050089 EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA

0405050097 FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

0405050100 FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

0405050119 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE
INTRA-OCULAR RIGIDA

0405050151 IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO

0405050160 INJECAO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA

0405050194 IRIDOTOMIA A LASER

0405050216 RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL

0405050224 RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL
- OLHO DIREITO

0405050240 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA
ANTERIOR DO OLHO

0405050283 SUBSTITUICAO DE LENTE INTRAOCULAR - OE

0405050321 TRABECULECTOMIA

0405050356 TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO

0405050364 CIRURGIA DE PTERIGIO

0406020566 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)

0406020574 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)

0407010211 GASTROSTOMIA

0407010297 TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO

0407020217 ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO
DE FISSURA ANAL

0407020225 EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL

0407020241 FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER
SEGMENTO)

0407020276 FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL

0407020284 HEMORROIDECTOMIA

0407020470 TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL

0407030026 COLECISTECTOMIA

0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

0407030123 ESPLENECTOMIA

0407040064 HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

0407040080 HERNIOPLASTIA INCISIONAL

0407040099 HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

0407040102 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

0407040110 HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE

0407040129 HERNIOPLASTIA UMBILICAL

0407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

0407040170 LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA
DRENAGEM E/OU BIOPSIA

0407040226 REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS

REPARO DE ROTURA DO MANGUITO
0408010142 ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS
DESCOMPRESSIVOS)

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /
FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO
0408010215 RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO
ESCAPULO-UMERAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE
0408010223 CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE
CLAVICULA / ESCAPULA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME
0408010231 DO IMPACTO SUB-ACROMIAL

ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408020032 DE MEMBRO SUPERIOR

0408020105 FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES

0408020326 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA /

0408020334 LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL
DO UMERO

0408020601 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO
/ CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO

0408030399 DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR /
Lombo-sacra por via posterior (um nível)

0408030542 RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL
POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A
C2 (AT 2 SEGMENTOS)

0408030607 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR

0408040165 RECONSTRUÇÃO OSTEOPLÁSTICA DO QUADRIL

0408050039 ARTRODESE DE MÍDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
DE MEMBRO INFERIOR

0408050136 RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO
QUADRIPITAL

0408050152 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR
DO JOELHO

0408050160 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR
DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)

0408050179 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR
DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)

0408050349 REVISÃO CIRÚRGICA DO PÉ TORTO CONGÊNITO

0408050659 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS
C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO

0408050764 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO

0408050799 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE /
RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA
DIÁFISE DO FÊMUR

0408050861 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE
/ RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA
DA DIÁFISE TIBIAL

0408050888 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE
MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI /
BICOMPATIMENTAL

0408050896 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA
DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL

0408060018 ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO

0408060050 ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES

0408060093 DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR
POR BROTAGEM / VIA CORTICOTOMIA

0408060140 FASCIECTOMIA

0408060158 MANIPULAÇÃO ARTICULAR

0408060166 OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

0408060182 OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
MÃO E DO PÉ

0408060212 RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL

0408060310 RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO /
DE PARTES MOLES

0408060352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO

0408060360 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

0408060379 RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

0408060441 TENÓLISE

0408060450 TENOMIORRAFIA

0408060468 TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO

0408060476 TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO

0408060484 TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO

0408060611 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO
EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS
ARTICULAÇÕES

0409010022 CISTECTOMIA PARCIAL*

0409010030 CISTECTOMIA TOTAL*

0409010049 CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SÓ TEMPO*

0409010090 CISTOSTOMIA

0409010065 CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO
ESTRANHO DA BEXIGA

0409010146 EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO
EM PELVE RENAL

0409010170 INSTALACAO ENDOSCOPICA DE
CATETER DUPLO J

0409010189 LITOTRIPSIA

0409010200 NEFRECTOMIA PARCIAL*

0409010219 NEFRECTOMIA TOTAL*

0409010227 NEFROLITOTOMIA*

0409010235 NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA*

0409010294 NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA*

0409010308 NEFROURETERECTOMIA TOTAL*

0409010316 PIELOLITOTOMIA*

0409010324 PIELOPLASTIA*

0409010367 RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR
VESICAL A CEU ABERTO

0409010383 RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL

0409010391 RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO
URETERAL C/ CATETER

0409010430 TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE

0409010456 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA
VESICO-ENTERICA*

0409010464 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA
VESICO-RETAL*

0409010472 TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS*

0409010499 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA
URINARIA VIA ABDOMINAL

0409010502 TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO
VESICO-URETERAL*

0409010561 URETEROLITOTOMIA

0409010596 URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA*

0409020133 URETROPLASTIA AUTOGENA

0409020176 URETROTOMIA INTERNA*

0409030023 PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA

0409030040 RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA*

0409040070 EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO

0409040096 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL

0409040126 ORQUIDOPEXIA BILATERAL

0409040134 ORQUIDOPEXIA UNILATERAL

0409040169 ORQUIECTOMIA UNILATERAL

0409040215 TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE

0409040231 TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE

0409040240 VASECTOMIA

0409050032 CORRECAO DE HIPOSPADIA (1O TEMPO)

0409050040 CORRECAO DE HIPOSPADIA (2O TEMPO)

0409050075 PLASTICA TOTAL DO PENIS

0409050083 POSTECTOMIA

0409060020 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR
C/ AMPUTACAO DE COLO

0409060038 EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO

0409060046 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO
DO COLO DO UTERO

0409060100 HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)

0409060119 HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)

0409060135 HISTERECTOMIA TOTAL

0409060178 HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO

0409060186 LAQUEADURA TUBARIA

0409060194 MIOMECTOMIA

0409060216 OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA

0409060232 SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL

0409070050 COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR

0409070068 COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR

0409070084 COLPOPLASTIA ANTERIOR

0409070149 EXERESE DE CISTO VAGINAL

0409070157 EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE

0409070190 MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN

0409070262 TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA
DOS PEQUENOS LABIOS

0409070270 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA
URINARIA POR VIA VAGINAL

0417010052 ANESTESIA REGIONAL

0417010060 SEDACAO

0 SERVIÇO DE APLICAÇÃO BEVACINA

0 SERVIÇO DE APLICAÇÃO AFLIBERCEPTE

0 SERVIÇO DE APLICAÇÃO RANIBOSUMALE

*Procedimento com órtese, prótese e medicamento especial-OPME incluso.

Superintendência da Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso
Rua Júlio Domingos de Campos - Centro Político Administrativo | CEP 78050-970 | Cuiabá, MT

Código de autenticação: 4769fd2d

Consulte a autenticidade do código acima em https://homolog.jomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar