

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, do 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

(ADULTO, PEDIÁTRICA, UCO, NEONATAL - UCINCO, UCINCA, QUEIMADOS)

VALOR DO INCENTIVO UTI LEITO/DIA/SES

(Fonte: 1.500.0000)

UTI ADULTO (HABILITADA)

08.02.01.008-3 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA R\$ ADULTO (UTI II)

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 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II) R\$ 1.109,69
08.02.01.007-5 - DIÁRIA 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 INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II) R\$ 1.109,69
08.02.01.013-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO III)	R\$ 1.181,61
08.02.01.023-7 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - CONVENCIONAL (UCINC _o)	R\$ 418,16
08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - CANGURU (UCINC _a)	R\$ 348,46
UTI CORONÁRIA (HABILITADA)	08.02.01.021-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA - UCO TIPO II R\$ 1.109,69
08.02.01.022-9 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA - UCO TIPO III	R\$ 1.181,61
UTI QUEIMADOS (HABILITADA)	08.02.01.011-3 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS R\$ 1.109,69
UTI EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO/CREDENCIAMENTO(*) R\$ 2.000,00

ANEXO III

ALTA COMPLEXIDADE

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO PADRÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
0201010127 A	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL ABERTO	R\$ CEU 2.437,38
0201010135 E	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA PEDICULO VERTEBRAL (POR GUIADO)	DISPOSITIVO R\$ 835,83
0201010143	BIOPSIA DE ENDOCARDIO	/ R\$ 2.127,78
0201010259	BIOPSIA DE LAMINA PEDICULO E PROCESSOS VERTEBRAIS (A CEU ABERTO)	R\$ 862,44
0201010542	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X	R\$ 291,00
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA	

0206010028	LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 202,20
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO- MANDIBULARES	R\$ 173,50
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 173,50
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 194,88
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 173,50
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 272,82
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 277,26
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 173,50
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 277,26
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 537,50
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 537,50
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	R\$ 537,50
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 537,50
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 537,50
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 537,50
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 537,50
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 722,50
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 537,50
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 537,50
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 537,50
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 537,50
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 537,50

	(UNILATERAL)	
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 537,50
0208010017	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 915,10
0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 817,04
0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 766,14
0208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 332,94
0208010084	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 353,44
0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 649,08
0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 154,56
0208030034	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 214,60
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 677,40
0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 266,06
0208040102	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 330,48
0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 360,64
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 381,98
0208050043	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 915,10
0208070010	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 915,10
0208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 261,00
0208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.813,60
0210010053	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 340,88
0210010061	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 402,02
0210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 358,92

0210010096	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 1.008,66
0210010100	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 1.008,86
0210010118	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 1.008,86
0210010126	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 340,88
0210010134	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 380,62
0210010142	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 403,02
0210010150	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 402,02
0211020010	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 2.318,40
0211020028	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	R\$ 2.130,42
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 2.314,80
0406010196	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR*	R\$ 47.811,16
0406010536	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL*	R\$ 28.608,44
0406010633	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO*	R\$ 41.195,92
0406010650	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO*	R\$ 14.313,46
0406010676	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO*	R\$ 12.586,36
0406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR*	R\$ 29.572,17
0406010820	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA*	R\$ 33.859,93
0406010927	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA*	R\$ 27.183,95
0406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS) *	R\$ 27.258,04
0406011206	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA*	R\$ 36.625,06
0406030014	ANGIOPLASTIA CORONARIANA*	R\$ 7.023,04

0406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS*	R\$ 15.119,80
0406030030	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT*	R\$ 15.011,56
0406040028	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT) *	R\$ 16.133,63
0406040052	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT) *	R\$ 9.252,87
0406040060	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO) *	R\$ 12.545,84
0406040095	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO) *	R\$ 19.112,40
0406040168	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA*	R\$ 66.025,06
0406040176	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA/ DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	R\$ 39.491,95
0408010037	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 2.368,56
0408030038	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS*	R\$ 12.612,87
0408030054	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS*	R\$ 15.568,42
0408030062	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS*	R\$ 12.429,81
0408030070	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS*	R\$ 12.270,76
0408030119	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL*	R\$ 12.495,32
0408030135	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL*	R\$ 13.494,46
0408030143	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS*	R\$ 15.856,82
0408030151	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS*	R\$ 16.974,61
0408030267	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL*	R\$ 14.923,33

0408030275	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS*	R\$	17.227,62
0408030283	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS*	R\$	20.104,81
0408030291	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS*	R\$	18.816,26
0408030305	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS*	R\$	20.486,36
0408040041	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) *	R\$	12.120,44
0408040068	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL*	R\$	16.905,14
0408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA*	R\$	12.774,24
0408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL) *	R\$	12.662,57
0408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO*	R\$	28.292,87
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO*	R\$	11.345,03
0408050772	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO*	R\$	3.617,10
0408060034	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ) *	R\$	13.268,03
0408060646	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÃO OU PÉ EM FENDA / DEDO BÍFIDO / MACRODACTILIA / POLIDACTILIA*	R\$	1.211,73
0408060662	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA*	R\$	1.012,74
0406050015	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO D I A G N Ó S T I C O	R\$	8.045,30
0406050023	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÉUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)	R\$	12.989,60
0406050031	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÉUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)	R\$	13.146,20
0406050040	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÉUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO).	R\$	12.919,00

0406050066	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DAS VIAS ANÔMALAS MÚLTIPLAS)	R\$ 12.736,30
0406050074	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO ATRIAL DE FIBRILAÇÃO)	R\$ 13.742,00
0406050104	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)	R\$ 14.261,90
0406050112	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)	R\$ 12.586,90
0406050120	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL)	R\$ 10.729,90
0406050139	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)	R\$ 14.852,10
0403020034	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	R\$ 2.402,10
0403020042	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	R\$ 4.565,50
0403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	R\$ 2.400,10
0403020069	MICRONEURORRAFIA	R\$ 4.205,30
0403020115	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	R\$ 4.048,20
0403030064	HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR	R\$ 8.973,20
0403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 9.859,10
0403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 12.053,30
0403040116	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	R\$ 12.968,50
0403070058	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 8.532,20
0403070163	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 8.091,50
0403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 7.953,20

0405030169	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 12.853,10
0405030177	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 14.180,90
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 2.314,80
0407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 5.629,90
0408010037	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL- UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 2.368,60
0408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 5.280,40
0408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 5.404,00
0408030631	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$ 5.175,80
0408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 9.630,60
0408040157	OSTEOTOMIA DA Pelve	R\$ 3.345,60

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

MÉDIA COMPLEXIDADE

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO PADRÃO DO PROCEDIMENTO						
0201010020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL						[
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/LARINGE

0201010216 BIOPSIA DE FIGADO PC
PUNCAO

0201010224 BIOPSIA DE GANGLI
LINFATICO

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDUI
SALIVAR

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 DE MEDUI
OSSEA

0201010283 BIOPSIA DE MUSCULO (A
ABERTO)

0201010291 BIOPSIA NERVO I

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 PUNCAO

0201010445 BIOPSIA DE PARANASAL SE

0201010453 BIOPSIA SINÓVIA I

0201010461 BIOPSIA TESTICULO I

0201010470 BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE

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 CISTERNAS U B - O C C I P I T A L

0201010607 PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA

0201010615 PUNÇÃO DE VAGINA

0201010623 PUNÇÃO
DEFERENTE

EXPLORADORA

D

0201010631 PUNÇÃO
LOMBAR

0201010640 PUNÇÃO
ESVAZIAMENTO

0201010658 PUNÇÃO
TRANSFONTANELA

VENTRICUL

0201010666 BIOPSIA DO COLO U T E R I N O

0205010040 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS

0205010059 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO

0205020089 ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA

0207020019 RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE

0209010010 COLANGIOPANCREATOGRAFIA 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 RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR

0211060186 RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR

0211060216 TESTE DE SCHIRMER

0211060232 TESTE ORTOPTICO

0211060259 TONOMETRIA

0211060267 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA

0211060283 TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA

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

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

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

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

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

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

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

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

0403010012 CRANIOPLASTIA

DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO
0403010101
/ ATRIO / PLEURA / RAQUE

TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME
0403020123 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

EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS
0404010121
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 INTRAOCULAR

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

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

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

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

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

TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE

0408010223 CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE
CLAVICULA / ESCAPULA

0408010231 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME
DO IMPACTO SUB-ACROMIAL

0408020032 ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
DE MEMBRO SUPERIOR

0408020105 FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES

0408020326 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO

0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA /
LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL
DO UMERO

0408020601 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO
/ CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL 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 MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
DE MEMBRO INFERIOR

0408050136 RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO
QUADRICEPITAL

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE /

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

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

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

0408050896 DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL

0408060018 ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO

0408060050 ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES
DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR

0408060093 POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA

0408060140 FASCIECTOMIA

0408060158 MANIPULAÇÃO ARTICULAR

0408060166 OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ

0408060182 OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA

0408060190 MÃO E DO PÉ

0408060212 RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL
RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO /

0408060310 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
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO

0408060611 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*

TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA

0409010464 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/ DILATAÇAO
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://iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar