



**Resolução CIB/MT Nº. 14 de 08 de março de 2018.**

**Dispõe sobre a aprovação do Projeto para realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e Exames pré-operatórios no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), conforme a Portaria GBSES nº 278/2017, para os municípios da Região de Saúde Sul Matogrossense, no estado de Mato Grosso.**

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:**

**I – A Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS;**

**II – O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências;**

**III – A portaria GB/SES Nº 278, de 27 de dezembro de 2017, que resolve implantar o projeto de intensificação de exames e cirurgias eletivas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS no estado de Mato Grosso a ser realizado no exercício de 2018;**

**IV – A necessidade de organização a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial àqueles com demanda reprimida de cirurgia geral, urologia, vascular, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ortopedia, identificada na Região de Saúde Sul Matogrossense;**

**V – A fila única de espera, dos pacientes que aguardam cirurgias eletivas da Região de Saúde Sul Matogrossense;**

**VI – A Proposição Operacional da Comissão Intergestores Regional da Sul Matogrossense Nº. 08 de 23 de fevereiro de 2018, a qual dispõe sobre a aprovação do Projeto para realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e Exames pré-operatórios no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).**

**RESOLVE:**

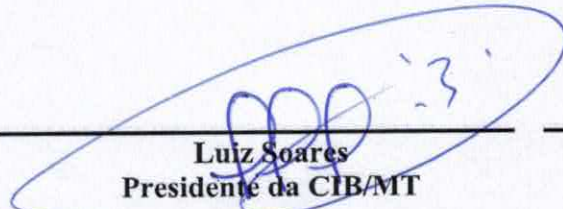
**Artigo 1º - Aprovar o Projeto para realização de procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e Exames pré-operatórios no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para os municípios da Região de Saúde Sul Matogrossense, no estado de Mato Grosso, conforme anexo, com recursos oriundos da Portaria GBSES nº. 278/2017.**



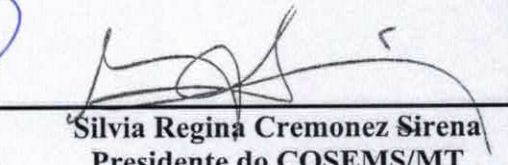
**Parágrafo Único:** A regulação do acesso dos pacientes, o agendamento e a realização dos procedimentos da Região de Saúde Sul Matogrossense estão de acordo com a fila única regional e considera a ordem de ingresso, bem como, critérios clínicos que justifiquem a priorização.

**Artigo 2º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

**Cuiabá/MT, 08 de março de 2018.**



\_\_\_\_\_  
**Luiz Soares**  
Presidente da CIB/MT



\_\_\_\_\_  
**Silvia Regina Cremonez Sirena**  
Presidente do COSEMS/MT

**PROJETO DE CIRURGIA ELETIVA  
REGIONAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS/MT  
ANO 2018**

***Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) em parceria com as Secretarias  
Municipais Saúde da  
Região de Saúde Sul Matogrossense.***

**1. INTRODUÇÃO**

Instrumento para efetivação do Projeto de Intensificação de Exames e Cirurgias Eletivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Sul Matogrossense, previsto na Portaria nº 278/2017/GBSES, elaborado entre a **SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO (SES/MT)** – por meio do **ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE RONDONÓPOLIS (ERS/ROO)**, **SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)** da **REGIÃO DE SAÚDE SUL MATOGROSSENSE** em parceria com **ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICOS E/OU PRIVADOS sob gestão municipal**, objetivando o atendimento da **FILA ÚNICA DE ESPERA** por cirurgias eletivas de média complexidade nas especialidades com maior demanda reprimida: *Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular e Exames*, para usuários do SUS com solicitação até 30 de abril de 2017, residentes nos municípios de **ALTO ARAGUAIA, ALTO GARÇAS, ALTO TAQUARI, ARAGUAINHA, CAMPO VERDE, DOM AQUINO, GUIRATINGA, ITIQUIRA, JACIARA, JUSCIMEIRA, PARANATINGA, PEDRA PRETA, POXOREO, PRIMAVERA DO LESTE, RONDONÓPOLIS, SANTO ANTONIO DO LESTE, SÃO JOSÉ DO POVO, SÃO PEDRO DA CIPA, TESOURO.**

**2. JUSTIFICATIVA**

Para justificar a proposta e planejamento de execução do projeto considerou-se:

- O direito de acesso às ações e serviços de saúde em conformidade com os princípios do SUS voltados para a universalidade, equidade e integralidade;
- A necessidade de organização da estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos nas especialidades de média complexidade estabelecidas e exames, em especial aqueles com maior demanda identificada na Região de Saúde Sul Matogrossense;
- A necessidade de redução do tempo de espera por cirurgia eletiva evitando o risco de complicações e visando melhor qualidade de vida ao usuário do SUS;
- Que as cirurgias eletivas são realizadas por meio do atendimento de rotina através de contratos e/ou convênios com prestadores de serviços da rede própria e/ou privada e por meio de mutirões;
- A Portaria GBSSES/MT Nº 278 de 27 de dezembro de 2017 que implantou o Projeto de Intensificação de Exames e Cirurgias Eletivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso a ser realizado no exercício de 2018;

A partir das considerações acima, identificou-se a necessidade de elaboração e execução de uma ação estratégica de ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos eletivos por meio de mutirões, para atender com celeridade os usuários do SUS, residentes nos municípios que compõem a *REGIÃO DE SAÚDE SUL MATOGROSSENSE*, com prioridade para as cirurgias eletivas nas especialidades e exames previstos na *Portaria GBSSES/MT Nº 278 de 27 de dezembro de 2018*, cujos laudos foram emitidos e apresentados às Centrais de Regulação com solicitação até 30 de abril de 2017.

### 3. OBJETIVO:

Realizar mutirão para realização de Cirurgias Eletivas e Exames para atendimento dos usuários do SUS residentes nos 19 municípios que compõem a Região de Saúde de Sul Matogrossense.

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estabelecer estratégias de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial aqueles com maior demanda identificada;
- Reduzir o tempo de espera para a realização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade nas especialidades de: Cirurgia Geral, Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia e Cirurgia Vascular.
- Atender prioritariamente aos pacientes oriundos dos municípios de *Alto Araguaia; Alto Garças; Alto Taquari; Araguainha; Campo Verde; Dom Aquino; Guiratinga; Itiquira; Jaciara; Juscimeira; Paranatinga; Pedra Preta; Poxoréo; Primavera do Leste; Rondonópolis; Santo Antônio do Leste; São José do Povo; São Pedro da Cipa e Tesouro*; considerando as maiores demandas de cirurgias eletivas nas especialidades acima.

#### 4. METODOLOGIA

Para programação e execução deste Projeto, as cirurgias eletivas serão realizadas em formato de *Mutirão*, por hospitais públicos e/ou privados contratados/conveniados pelas gestões municipais para atendimento dos usuários do SUS residentes nos municípios da região, cujos laudos de solicitação de AIH/APAC tenham sido emitidos até 30 de abril de 2017.

Considerando que o SISREG ainda não está implantado na Região de Saúde Sul Matogrossense e o controle de entrada e saída ainda é realizado pela Central de Regulação Regional em parceria com o Setor de Controle e Avaliação do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis (ERS/ROO) de forma manual, por meio de lançamentos em planilha Excel para cadastro na Fila Única, de acordo com o Laudo de Solicitação de AIH/APAC encaminhado, será considerado como usuário apto ao atendimento os que estiverem registrados na referida planilha.

##### 4.1 PROGRAMAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO:

- Será realizado levantamento e atualização da fila de espera por especialidade e demais informações pertinentes à regulação do acesso, tendo em vista o tempo decorrido entre

a solicitação e a execução;

- Serão identificados todos os municípios com capacidade instalada e interesse na realização dos procedimentos para a população própria e referenciada;
- Será disponibilizado aos prestadores executantes, o quantitativo de procedimentos por especialidade, para conhecimento e definição das metas quantitativas por especialidade e procedimento, de acordo com a capacidade instalada existente e perfil assistencial;
- Serão elaborados contratos e/ou aditivos contratuais temporários entre as Secretarias Municipais de Saúde e instituições hospitalares para realização dos procedimentos previstos no Mutirão, contendo a programação das metas físicas e financeiras estabelecidas, observando e respeitando os contratos de metas físicas e financeiras estabelecidas nos contratos e/ou convênios em vigência, e no caso de inexistência de contrato de metas, a média de procedimentos realizados com financiamento MAC no ano 2017.

#### 4.2 ATENDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO:

- As consultas pré-operatórias serão agendadas pelas Centrais de Regulação Municipal/Regional e realizadas nos hospitais executantes.

O hospital disponibilizará agenda extra de consultas, detalhando dia, horário, profissional e quantitativo de vagas mensais;

Essa informação deverá ser disponibilizada para a Central de Regulação, no máximo, até o dia 15 do mês corrente, especificando as vagas para o mês subsequente, tendo em vista a necessidade de execução dos procedimentos de regulação;

- A Central de Regulação entrará em contato com os pacientes em fila de espera e promoverá o agendamento da consulta no ambulatório do hospital informando data/hora/local/profissional;
- Após a consulta ambulatorial, o médico assistente solicitará a realização dos exames pré-operatórios básicos necessários cujo agendamento será responsabilidade do próprio hospital. O prazo para realização dos exames será de no máximo 15 dias a contar da data de sua solicitação;

- Após atendimento pré-operatório dos pacientes encaminhados pela Central de Regulação, que inclui consulta e exames básicos necessários, o hospital encaminhará para a SMS *Relatório Mensal de Atendimento Pré-operatório* constando nome dos pacientes, cartão SUS, data do atendimento, procedimento realizado e código e valor SIGTAP;
- Aqueles procedimentos que porventura tiverem sido agendados, mas sem a confirmação de realização no relatório mensal não serão considerados para fins de faturamento e nem pagamento;
- Os exames especializados que se fizerem necessários serão solicitados pelos hospitais e agendados pela central de regulação mediante regulação específica;
- Relação mensal de pacientes atendidos e procedimentos pré-operatórios confirmados pelos prestadores serão encaminhados ao setor de Controle e Avaliação do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis e deste ao Nível Central da SES/MT a fim de amparar o processo de pagamento desses atendimentos;

#### 4.3 AGENDAMENTO DA CIRURGIA

- Após a realização das consultas/exames e confirmando-se a necessidade e possibilidade de realização da cirurgia, o médico assistente deverá emitir solicitação do procedimento cirúrgico informando a data da cirurgia e encaminhá-lo através de *Email* para a Central de Regulação visando à aprovação/autorização pelo médico regulador;
- Depois de aprovada a solicitação de internação, o hospital fará contato com o usuário e fornecerá as orientações de preparo para a cirurgia, bem como os documentos necessários para a internação.

O prazo máximo para a realização da cirurgia será de 30 dias, a contar da data de reserva do leito pelo médico regulador (a data de reserva do leito deve ser a mesma data de agendamento do centro cirúrgico apresentada no relatório médico).

#### 4.4 EXECUÇÃO E SOLICITAÇÃO DA AIH/APAC:

- No momento da internação para cirurgia eletiva, o hospital deverá solicitar a *Senha de*

*Regulação junto à Central de Regulação Municipal ou Regional;*

- Após realização dos procedimentos o hospital deverá encaminhar à SMS o *Relatório Mensal de Execução do Projeto de Cirurgia Eletiva* constando *Nome do paciente, Nº do cartão SUS, Município de Origem do paciente, Data de solicitação no laudo, Data de realização da cirurgia, Procedimento realizado, Senha de regulação, Médico Responsável;*
- A SMS do município executor encaminhará o *Relatório Mensal de Execução do Projeto* para a Central de Regulação Regional, para fins de acompanhamento e baixa na Fila Única Regional, bem como ao Setor de Controle e Avaliação do ERS/ROO, para avaliação e encaminhamento ao Nível Central da SES/MT solicitando liberação da série numérica especial de AIH/APAC que o prestador utilizará no processamento de sua produção mensal (faturamento);
- Para usuários não residentes no município executor, fica sob a responsabilidade do município de residência a viabilidade de transporte sanitário, quando necessário, ou outro meio de transporte, facilitando o deslocamento do usuário.

#### 4.5 PÓS-OPERATÓRIO

- As consultas de pós-operatório para acompanhamento da evolução do paciente de acordo com a necessidade de cada procedimento estão inclusas no valor do procedimento cirúrgico;
- Exames de apoio a diagnóstico necessários no pós-operatório serão pagos pós-produção seguindo o mesmo fluxo dos exames de pré-operatório.
- Pacientes que apresentarem complicações pós-operatórias e necessitarem de nova internação e/ou reoperação, será uma AIH/APAC *normal*, valor de uma tabela SUS (SIGTAP).

#### 4.6 FATURAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS:

- As informações inerentes à produção hospitalar do mutirão de Cirurgias Eletivas deverão ser cadastradas no SISAIIH/SIA utilizando *Série Numérica Especial de*

*AIH/APAC liberada pelo Setor de Controle e Avaliação da SES/MT, seguindo o calendário de apresentação das competências previamente estabelecido pelo MS;*

- *Após o faturamento no SIH/SIA, uma relação contendo o N° da AIH/APAC Especial, Nome dos usuários, Origem do paciente, N° do Cartão SUS, Código do procedimento, o quantitativo de procedimentos, valor da tabela SUS (SIGTAP) e o valor a ser pago por procedimento nas especialidades previstas e demais informações deverá ser encaminhada ao Setor de Controle e Avaliação do ERS/ROO;*
- *O Setor de Controle e Avaliação do ERS/ROO e Central de Regulação Regional de Rondonópolis farão análise e comparação entre a produção apresentada, regulação autorizada e série numérica de AIH/APAC utilizada, a fim de aferir se os usuários apresentados foram efetivamente regulados. Aqueles que porventura não estiverem regulados ou não façam parte do rol de usuários em fila única de espera serão glosados;*
- *O Setor de Controle e Avaliação do ERS/ROO remeterá mensalmente à Secretaria Adjunta de Regulação da SES e/ou Setor de Controle e Avaliação da SES/MT a relação de usuários do SUS atendidos que receberam alta por município e hospital executor do Projeto.*

#### **4.7 PAGAMENTO PÓS-PRODUÇÃO:**

- *Os valores remuneratórios acordados conforme Portaria GBSSES/MT N° 278/2017, que será equivalente ao valor de tabela do SIGTAP acrescido de incentivo financeiro de 200% sobre o valor da AIH/APAC e serão pagos com recurso estadual da fonte 134, através de repasse do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios executores, a partir da realização, prestação de contas e faturamento dos serviços executados;*
- *O pagamento dos procedimentos objeto deste projeto ficará vinculado ao cumprimento das metas físicas estabelecidas nos Descritivos das Contratualizações e Contratos firmados entre as Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais executores;*
- *O acompanhamento da execução, monitoramento, controle e avaliação serão realizados pelas equipes de técnicos dos setores de regulação, controle e avaliação das SMS dos municípios executores, do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis e do Nível*

Central da SES que poderão definir outros mecanismos de controle e avaliação durante a etapa de processamento e faturamento das autorizações das internações hospitalares e demais procedimentos ambulatoriais, conforme necessidade.

Os usuários com necessidade de cirurgias eletivas com laudo de solicitação de AIH/APAC emitidos a partir de maio de 2017 serão assistidos conforme estabelecido nos contratos de metas vigentes, firmados entre as Secretarias Municipais de Saúde e os Hospitais públicos ou privados contratados/conveniados, de acordo com a rotina de atendimento.

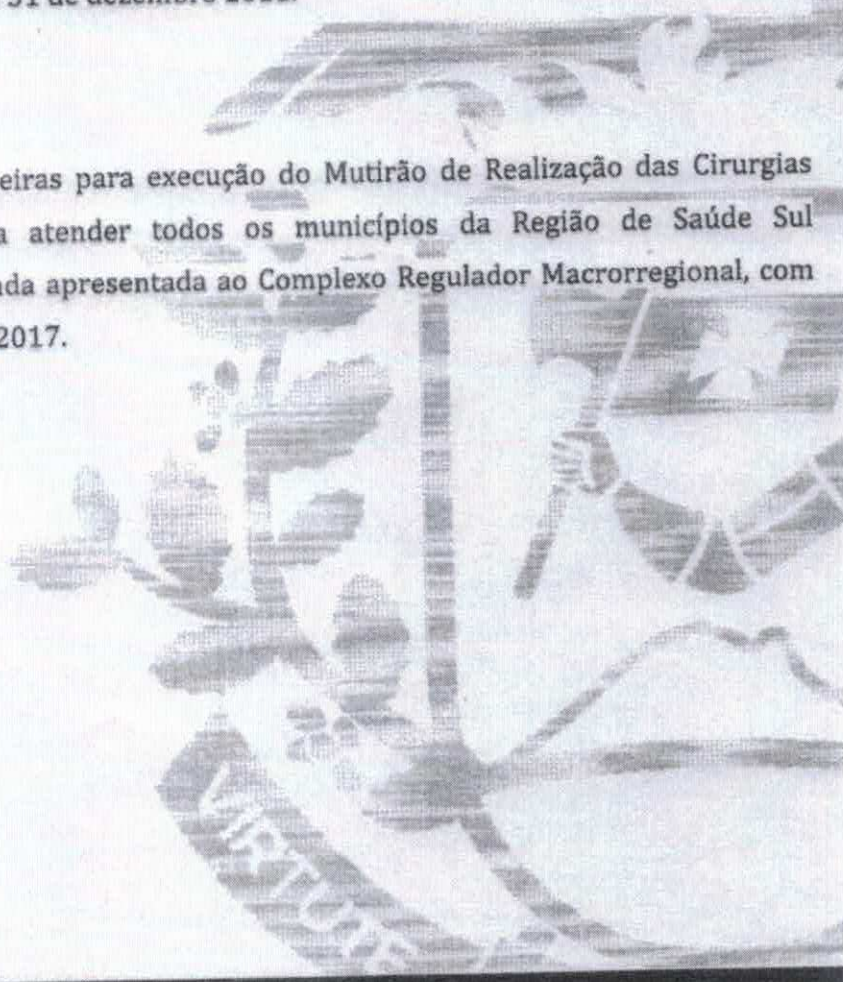
O objeto deste projeto deverá ser acompanhado mensalmente até o final de sua vigência.

#### 5. VIGÊNCIA:

Enquanto existir usuários para serem atendidos com cadastro nas Centrais de Regulação até dia 30 de abril de 2017 ou até 31 de dezembro 2018.

#### 6. METAS ESTIMADAS:

As metas físicas e financeiras para execução do Mutirão de Realização das Cirurgias Eletivas foram estimadas para atender todos os municípios da Região de Saúde Sul Matogrossense conforme demanda apresentada ao Complexo Regulador Macrorregional, com solicitação até o mês de abril de 2017.



### 6.1 META FÍSICA ESTIMADA:

Estima-se a realização de um total 4.433 cirurgias eletivas de média complexidade, em quantitativos e especialidades conforme quadro abaixo:

### MUTIRÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS ANO 2018 \_Portaria Nº 278/2017/GBSES-MT Região de Saúde Sul Matogrossense

Quadro de Metas Estimadas:

| METAS FÍSICAS          | CIRURGIA<br>GERAL | GINECOLOGIA | UROLOGIA   | OTORRINO-<br>LARINGOLOGIA | ORTOPEDIA  | OFTALMOLOGIA | CIRURGIA<br>VASCULAR | OUTRAS    | TOTAL        |
|------------------------|-------------------|-------------|------------|---------------------------|------------|--------------|----------------------|-----------|--------------|
| ALTO ARAGUAIA          | 3                 | 0           | 9          | 13                        | 13         | 38           | 36                   | 0         | 112          |
| ALTO GARÇAS            | 9                 | 0           | 9          | 21                        | 4          | 7            | 6                    | 1         | 57           |
| ALTO TAQUARI           | 3                 | 0           | 5          | 15                        | 0          | 3            | 5                    | 0         | 31           |
| ARAGUAÍHA              | 0                 | 0           | 0          | 0                         | 0          | 0            | 2                    | 0         | 2            |
| CAMPO VERDE            | 45                | 41          | 23         | 120                       | 72         | 30           | 13                   | 5         | 349          |
| DOM AQUINO             | 2                 | 0           | 3          | 10                        | 2          | 8            | 3                    | 0         | 28           |
| GUARATINGA             | 1                 | 0           | 2          | 2                         | 2          | 2            | 4                    | 0         | 13           |
| ITIQUEIRA              | 3                 | 9           | 6          | 14                        | 12         | 11           | 51                   | 1         | 107          |
| JACIARA                | 199               | 19          | 14         | 51                        | 1          | 12           | 84                   | 2         | 382          |
| JUSCIMEIRA             | 4                 | 2           | 5          | 18                        | 21         | 45           | 15                   | 2         | 112          |
| PARANATINGA            | 10                | 7           | 4          | 12                        | 2          | 4            | 6                    | 0         | 45           |
| PEDRA PRETA            | 21                | 0           | 2          | 18                        | 0          | 4            | 11                   | 0         | 56           |
| POXORÉO                | 11                | 4           | 0          | 4                         | 0          | 0            | 0                    | 0         | 19           |
| PRIMAVERA DO LESTE     | 53                | 24          | 9          | 10                        | 17         | 2            | 12                   | 1         | 128          |
| RONDONÓPOLIS           | 1.722             | 134         | 84         | 420                       | 133        | 0            | 357                  | 6         | 2.856        |
| SANTO ANTONIO DO LESTE | 4                 | 0           | 2          | 6                         | 1          | 22           | 4                    | 1         | 40           |
| SÃO JOSÉ DO POVO       | 2                 | 0           | 3          | 9                         | 0          | 2            | 10                   | 0         | 26           |
| SÃO PEDRO DA CPA       | 1                 | 0           | 5          | 9                         | 12         | 1            | 5                    | 0         | 33           |
| TESOURO                | 15                | 5           | 1          | 2                         | 9          | 1            | 4                    | 0         | 37           |
| <b>TOTAL</b>           | <b>2.108</b>      | <b>245</b>  | <b>186</b> | <b>754</b>                | <b>301</b> | <b>192</b>   | <b>628</b>           | <b>19</b> | <b>4.433</b> |

**6.2 META FINANCEIRA ESTIMADA:**

A Meta Financeira estimada para execução dos procedimentos acima é de aproximadamente R\$ 6.400.057,65 (seis milhões, quatrocentos mil, cinquenta e sete reais e sessenta e cinco centavos) considerando que poderá haver pequenas alterações por ocasião da apresentação das AIHs/APACs nos Sistemas de Internação Hospitalar (SIH)/Ambulatorial (SIA) em razão da possibilidade de pequenos equívocos de codificação em momento anterior à realização do procedimento.

O quadro abaixo apresenta a meta financeira estimada para realização dos procedimentos contemplados nesse projeto.

**MUTIRÃO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS ANO 2018 \_Portaria Nº  
278/2017/GBSES-MT  
Região de Saúde Sul Matogrossense**

**Quadro de Metas Estimadas:**

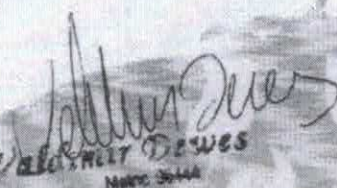
| METAS FINANCEIRAS      | CIRURGIA GERAL      | GINECOLOGIA       | UROLOGIA          | OTORRINO-LARINGOLOGIA | ORTOPEDIA         | OFTALMOLOGIA      | CIRURGIA VASCULAR   | OUTRAS (*)      | TOTAL               |
|------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| ALTO ARAQUAIA          | 3.392,55            | 0,00              | 22.479,54         | 16.889,25             | 17.105,91         | 23.888,70         | 62.860,32           | 0,00            | 146.616,27          |
| ALTO GARÇAS            | 12.615,96           | 0,00              | 24.712,08         | 24.825,71             | 2.339,58          | 945,00            | 10.476,72           | 0,00            | 75.916,05           |
| ALTO TAQUARI           | 4.349,01            | 0,00              | 6.575,16          | 14.255,61             | 0,00              | 4.133,37          | 8.730,60            | 0,00            | 38.043,75           |
| ARAGUAÍMHA             | 0,00                | 0,00              | 0,00              | 0,00                  | 0,00              | 0,00              | 3.492,24            | 0,00            | 3.492,24            |
| CAMPO VERDE            | 65.442,84           | 51.669,36         | 33.294,66         | 137.882,19            | 112.010,67        | 17.895,87         | 22.699,56           | 612,06          | 441.507,21          |
| DOM AQUINO             | 3.218,16            | 0,00              | 3.514,71          | 10.361,76             | 1.807,41          | 4.457,97          | 5.238,36            | 0,00            | 28.588,37           |
| GUIRATINGA             | 2.688,75            | 0,00              | 3.967,89          | 2.609,04              | 1.876,74          | 2.674,26          | 6.984,48            | 0,00            | 20.801,16           |
| ITUIQUARA              | 3.392,55            | 11.637,45         | 10.276,74         | 15.920,40             | 4.858,68          | 7.316,01          | 89.052,12           | 1.043,31        | 143.497,26          |
| JACIARA                | 320.066,43          | 34.882,17         | 21.196,95         | 54.069,75             | 723,45            | 7.151,40          | 146.378,07          | 1.043,31        | 585.511,53          |
| JUSCIMEIRA             | 5.685,54            | 2.660,13          | 8.483,64          | 14.580,39             | 26.891,22         | 27.896,85         | 26.191,80           | 2.086,62        | 114.476,19          |
| PARANATINGA            | 17.840,91           | 11.330,85         | 9.385,83          | 12.666,57             | 729,45            | 1.729,80          | 10.476,72           | 0,00            | 64.160,13           |
| PEDRA PRETA            | 38.572,29           | 0,00              | 3.776,04          | 18.259,23             | 0,00              | 8.893,14          | 19.207,32           | 0,00            | 88.708,02           |
| POXORÉO                | 20.532,66           | 5.781,45          | 0,00              | 3.678,84              | 0,00              | 0,00              | 0,00                | 0,00            | 29.992,95           |
| PRIMAVERA DO LESTE     | 90.224,16           | 34.608,96         | 8.253,72          | 9.855,78              | 31.191,12         | 5.009,85          | 18.585,36           | 1.070,43        | 198.799,38          |
| RONDONÓPOLIS           | 2.517.177,90        | 211.317,21        | 188.473,86        | 429.431,94            | 269.718,96        | 0,00              | 623.364,84          | 1.125,34        | 4.240.609,95        |
| SANTO ANTONIO DO LESTE | 5.444,04            | 0,00              | 6.010,26          | 6.650,16              | 0,00              | 13.830,30         | 6.984,48            | 0,00            | 38.919,24           |
| SÃO JOSÉ DO POVO       | 3.218,16            | 0,00              | 7.087,50          | 10.184,43             | 0,00              | 864,90            | 17.461,20           | 0,00            | 38.816,19           |
| SÃO PEDRO DA CIPA      | 1.130,85            | 0,00              | 5.050,32          | 7.909,38              | 9.954,15          | 836,70            | 8.730,60            | 0,00            | 33.612,00           |
| TESOURO                | 24.776,25           | 9.150,87          | 770,91            | 2.083,89              | 21.527,88         | 2.685,48          | 6.984,48            | 0,00            | 67.979,76           |
| <b>VALOR TOTAL</b>     | <b>3.139.769,01</b> | <b>373.038,45</b> | <b>363.309,81</b> | <b>792.115,32</b>     | <b>500.735,22</b> | <b>130.209,60</b> | <b>1.093.899,27</b> | <b>6.980,97</b> | <b>6.400.057,65</b> |

(\*) Valor aproximado considerando que não se conseguiu identificar o código e valor de alguns procedimentos bem como a possibilidade de alguma alteração por ocasião da apresentação da AIH.

A fila única da regional e os valores físicos e financeiros poderão ser revistos se novos pacientes com laudos emitidos até 04/2017 forem localizados. O mesmo caso acontecerá se for constatado que pacientes que estão na fila atual, não mais necessitarão do procedimento.

Rondonópolis-MT, 23 de fevereiro de 2018

Marcia Aurélia Esser Veloso  
Diretora do ERS/ROO



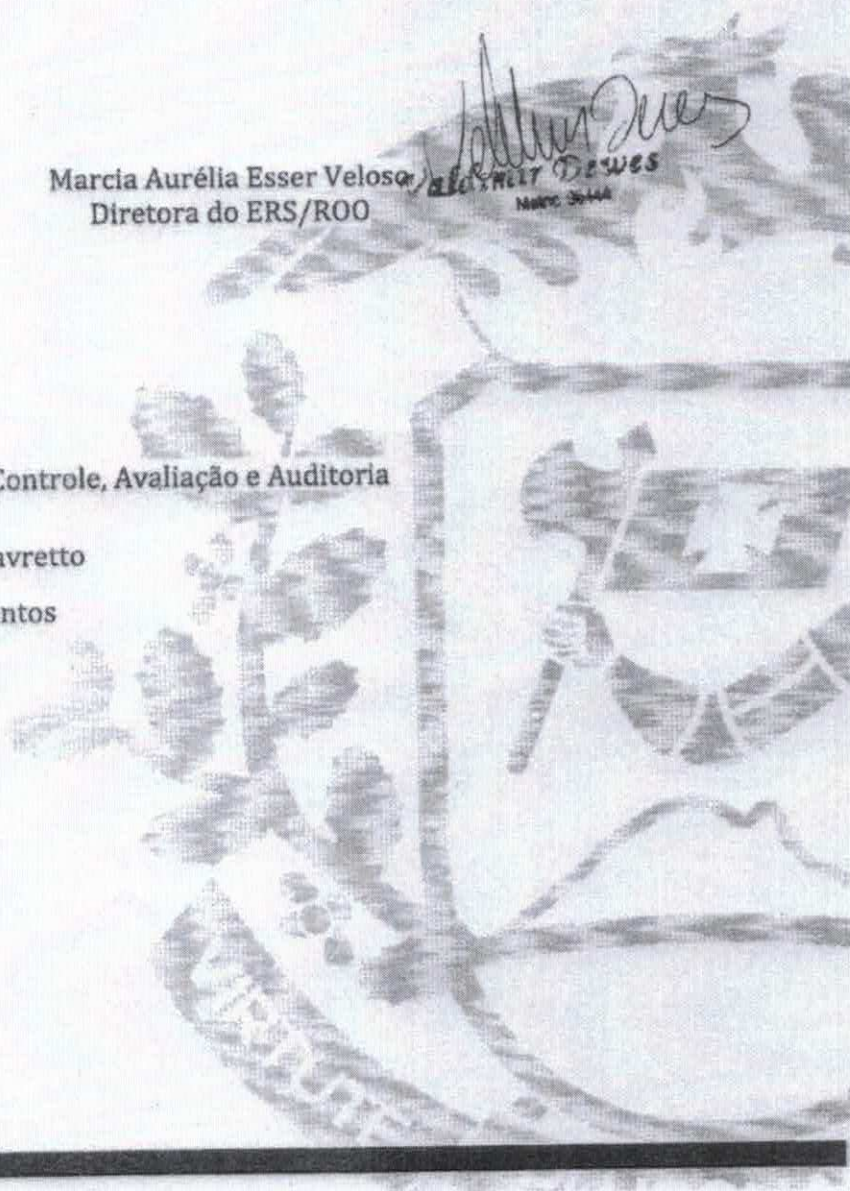
MARCIA AURELIA ESSER VELOSO  
Mato Grosso

Setor Responsável/ERS - Controle, Avaliação e Auditoria

Aparecida Batista de O. Favretto

Sandra Regina P. A. dos Santos

Gilberto Roque Geremia



**ANEXO: Proposição CIR \_ PROJETO CIRURGIA ELETIVA E EXAMES -2018**  
**Portaria nº 278/2017/GBSES**

**REGIÃO DE SAÚDE: Sul Matogrossense**  
**MUNICÍPIO: Primavera do Leste**  
**População: 58.370 Habitantes**

| Unidade de Saúde                   | Código do Procedimento | Procedimento a ser Realizado                                                | Quantidade Total por Procedimento | Valor Total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.04.010-2         | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)                                | 04                                | 445,51                                  | 1.336,53             | 5.345,12          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.04.005-4         | HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA                                                   | 01                                | 559,87                                  | 1.679,61             | 1.679,61          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.04.009-9         | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)                                          | 01                                | 426,02                                  | 1.278,06             | 1.278,06          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.04.012-9         | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                                     | 03                                | 434,99                                  | 1.304,97             | 3.914,91          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.06.011-9         | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)                              | 02                                | 770,70                                  | 2.312,10             | 4.624,20          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.06.013-5         | HISTERECTOMIA TOTAL                                                         | 03                                | 634,03                                  | 1.902,09             | 5.706,27          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.06.019-4         | MIOMECTOMIA                                                                 | 01                                | 528,94                                  | 1.586,82             | 1.586,82          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.07.027-0         | INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL                                      | 05                                | 372,89                                  | 1.118,67             | 5.593,35          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.06.021-6         | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                                | 01                                | 509,86                                  | 1.529,58             | 1.529,58          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.03.002-6         | COLECISTECTOMIA                                                             | 13                                | 695,77                                  | 2.087,31             | 27.135,03         |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.03.003-4         | COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA                                         | 01                                | 693,05                                  | 2.079,15             | 4.158,30          |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.08.06.005-0         | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES                                          | 01                                | 213,79                                  | 641,37               | 641,37            |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.08.04.009-2         | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA              | 01                                | 1.214,72                                |                      |                   |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.08.01.014-2         | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) | 01                                | 295,75                                  | 3.644,16             | 3.644,16          |
|                                    |                        |                                                                             |                                   |                                         | 887,25               | 887,25            |

|                                    |                |                                                               |    |        |          |           |
|------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------|----|--------|----------|-----------|
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA                                                   | 03 | 219,12 | 657,36   | 1.972,08  |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA                                                | 01 | 306,57 | 919,71   | 919,71    |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA C/<br>ADENOIDECTOMIA                           | 04 | 337,22 | 1.011,66 | 4.046,64  |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA<br>ANAL                          | 01 | 254,12 | 762,36   | 762,36    |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.02.028-4 | HEMORRHOIDECTOMIA                                             | 01 | 315,94 | 947,82   | 947,82    |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.08.06.031-0 | RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR<br>ÓSSO / DE PARTES MOLES          | 05 | 368,03 | 1.104,09 | 5.520,45  |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.07.04.013-7 | HERNIORRAFIA INGUINAL<br>VIDEOLAPAROSCOPICA                   | 02 | 376,95 | 1.130,85 | 2.261,70  |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.04.01.035-0 | Timpanoplastia                                                | 01 | 618,15 | 1.854,45 | 1.854,45  |
| Hospital das Clinicas de Primavera | 04.09.07.015-7 | Bartholinectomia                                              | 01 | 224,68 | 674,04   | 674,04    |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL<br>(UNILATERAL)               | 04 | 445,51 | 1.336,53 | 5.345,12  |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA                                     | 01 | 559,87 | 1.679,61 | 1.679,61  |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL<br>(BILATERAL)                         | 01 | 426,02 | 1.278,06 | 1.278,06  |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                       | 03 | 434,99 | 1.304,97 | 3.914,91  |
| Hospital São Lucas                 | 04.09.06.011-9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA<br>(UNI / BILATERAL)             | 02 | 770,70 | 2.312,10 | 4.624,20  |
| Hospital São Lucas                 | 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL                                           | 03 | 634,03 | 1.902,09 | 5.706,27  |
| Hospital São Lucas                 | 04.09.07.027-0 | INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA<br>VAGINAL                     | 05 | 372,89 | 1.118,67 | 5.593,35  |
| Hospital São Lucas                 | 04.09.07.026-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE<br>HIPERTROFIA DOS PEQUENOS<br>LÁBIOS | 01 | 119,35 |          |           |
| Hospital São Lucas                 | 04.10.01.001-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA                                  | 01 | 171,51 | 358,05   | 358,05    |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.03.002-6 | COLECISTECTOMIA                                               | 13 | 695,77 | 514,53   | 514,53    |
| Hospital São Lucas                 | 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA<br>VIDEOLAPAROSCOPICA                         | 01 | 693,05 | 2.079,15 | 27.135,03 |
| Hospital São Lucas                 | 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE<br>VARIZES (BILATERAL)                | 12 | 582,04 |          | 4.158,30  |
| Hospital São Lucas                 | 04.09.05.008-3 | POSTECTOMIA                                                   | 03 | 219,12 | 1.746,12 | 20.953,44 |
| Hospital São Lucas                 | 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA C/<br>ADENOIDECTOMIA                           | 04 | 337,22 | 657,36   | 1.972,08  |
|                                    |                |                                                               |    |        | 1.011,66 | 4.046,64  |

|                    |                |                                                       |    |           |           |            |
|--------------------|----------------|-------------------------------------------------------|----|-----------|-----------|------------|
| Hospital São Lucas | 04.08.06.031-0 | RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR<br>ÓSSEO / DE PARTES MOLES | 05 | 368,03    | 1.104,09  | 5.520,45   |
| Hospital São Lucas | 04.07.04.013-7 | HERNIORRAFIA INGUINAL<br>VIDEOLAPAROSCÓPICA           | 02 | 376,95    | 1.130,85  | 2.261,70   |
| <b>TOTAL</b>       |                |                                                       |    | 18.023,73 | 54.071,16 | 181.745,02 |

**OBS:** O recurso financeiro que será repassado pós- produção e prestação de contas corresponderão a uma tabela SUS acrescido de um adicional máximo de 200% para o valor das cirurgias eletivas e exames pré-operatórios básicos.

## Portaria n° 278/2017/GBSES

**MUNICÍPIO: Rondonópolis**  
**População: 222.380**

| Unidade de saúde | Código do Procedimento | Procedimento a ser realizado                                                                   | Quantidade total por procedimento | Valor total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total |
|------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------|
| SANTA CASA       | 04.04.01.001-6         | ADENOIDECTOMIA                                                                                 | 46                                | 348,18                                  | 1.044,54             | 48.048,84         |
| SANTA CASA       | 04.04.01.002-4         | AMIGDALECTOMIA                                                                                 | 158                               | 306,57                                  | 819,71               | 145.314,18        |
| SANTA CASA       | 04.04.01.003-2         | AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA                                                               | 62                                | 337,22                                  | 1.011,66             | 62.722,92         |
| SANTA CASA       | 04.08.01.003-0         | CISTECTOMIA TOTAL                                                                              | 4                                 | 1.925,72                                | 5.777,16             | 23.108,84         |
| SANTA CASA       | 04.09.01.007-3         | CISTOPLASTIA (CORRECAO DE EXTROFIA VESICAL)                                                    | 11                                | 1.972,98                                | 5.918,94             | 65.108,34         |
| SANTA CASA       | 04.07.03.002-8         | COLELITECTOMIA                                                                                 | 586                               | 695,77                                  | 2.087,31             | 1.223.163,66      |
| SANTA CASA       | 04.07.03.002-8         | COLELITECTOMIA                                                                                 | 1                                 | 347,77                                  | 1.043,31             | 1.043,31          |
| SANTA CASA       | 04.01.02.006-1         | EXERESE DE CISTO BRANQUIAL                                                                     | 500                               | 376,95                                  | 1.130,85             | 565.425,00        |
| SANTA CASA       | 04.07.04.013-7         | HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA                                                       | 12                                | 637,19                                  | 1.911,57             | 22.938,84         |
| SANTA CASA       | 04.07.04.016-1         | LAPAROTOMIA EXPLORADORA                                                                        | 1                                 | 482,54                                  | 1.447,62             | 1.447,62          |
| SANTA CASA       | 04.06.02.023-0         | LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL                                                     | 38                                | 1001,71                                 | 3.005,13             | 114.194,94        |
| SANTA CASA       | 04.09.03.002-3         | PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA                                                                     | 7                                 | 112,5                                   | 337,50               | 2.362,50          |
| SANTA CASA       | 04.08.05.025-0         | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO                                        | 2                                 | 91,49                                   | 274,47               | 548,94            |
| SANTA CASA       | 04.08.06.021-2         | RESSECAO DE CISTO SINOVIAL                                                                     | 500                               | 771,60                                  | 2.314,80             | 1.167.400,00      |
| SANTA CASA       | 04.05.05.037-2         | FACEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL                                    | 500                               | 209,55                                  | 628,65               | 314.325,00        |
| SANTA CASA       | 04.05.05.036-4         | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                                                               | 41                                | 1722,4                                  | 5.167,20             | 211.865,20        |
| SANTA CASA       | 04.08.03.055-0         | RESSECAO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL                                                        | 16                                | 594,68                                  | 1.784,04             | 28.544,64         |
| SANTA CASA       | 04.09.03.004-0         | RESSECAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA                                                               | 7                                 | 140,33                                  | 420,99               | 2.946,93          |
| SANTA CASA       | 04.08.06.033-6         | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-OSSEO                                                         | 2                                 | 151,66                                  | 454,96               | 909,96            |
| SANTA CASA       | 04.08.05.035-2         | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO                                                            | 56                                | 225,16                                  | 675,48               | 37.826,88         |
| SANTA CASA       | 04.08.06.037-9         | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS                                                               | 68                                | 247,46                                  | 742,38               | 51.224,22         |
| SANTA CASA       | 04.04.01.048-2         | SEPTOPLASTIA PARA CORRECAO DE DESVIO                                                           | 3                                 | 213,75                                  | 641,25               | 1.923,75          |
| SANTA CASA       | 04.04.01.052-0         | SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA                                                           | 28                                | 563,11                                  | 1.689,33             | 43.922,58         |
| SANTA CASA       | 04.04.01.050-4         | SEPTOPLASTIA/TURBINECTOMIA                                                                     | 18                                | 384,33                                  | 1.152,99             | 21.906,81         |
| SANTA CASA       | 04.04.01.051-2         | SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR                                                                       | 22                                | 618,15                                  | 1.851,45             | 40.787,90         |
| SANTA CASA       | 04.04.01.051-2         | SINUSOTOMIA (UNI / BILATERAL)                                                                  | 5                                 | 451,37                                  | 1.354,11             | 6.770,55          |
| SANTA CASA       | 04.04.01.035-0         | TIMPANOPLASTIA TOTAL                                                                           | 1                                 | 119,35                                  | 358,05               | 358,05            |
| SANTA CASA       | 04.02.01.004-3         | TRATAMENTO CIRURGICO DE COMPTACAO DE NINFAS                                                    | 5                                 | 241,15                                  | 723,45               | 3.617,25          |
| SANTA CASA       | 04.08.07.022-0         | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO                                                        | 28                                | 256,97                                  | 770,91               | 21.585,48         |
| SANTA CASA       | 04.08.02.032-6         | TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE                                                              | 2                                 | 192,06                                  | 576,18               | 1.152,36          |
| SANTA CASA       | 04.06.04.021-5         | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA                   | 6                                 | 232,28                                  | 696,84               | 4.181,04          |
| SANTA CASA       | 04.08.06.063-8         | TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA                                                | 3                                 | 298,41                                  | 895,23               | 2.685,69          |
| SANTA CASA       | 04.08.06.066-2         | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO | 1                                 | 284,27                                  | 852,81               | 852,81            |
| SANTA CASA       | 04.08.05.078-0         | TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA        | 1                                 | 209,82                                  | 629,46               | 629,46            |
| SANTA CASA       | 04.08.01.022-3         | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDACTILIA SIMPLIS (DOIS DEDOS)                                       | 1                                 | 257,56                                  | 772,68               | 772,68            |
| SANTA CASA       | 04.08.08.070-0         | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE                                                             | 357                               | 582,04                                  | 1.746,12             | 623.364,94        |
| SANTA CASA       | 04.06.02.023-13        | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)                                                    | 7                                 | 315,65                                  | 946,95               | 6.628,65          |
| SANTA CASA       | 04.06.02.056-6         | TURBINECTOMIA                                                                                  |                                   |                                         |                      |                   |

|            |                |                                                                |       |           |           |              |
|------------|----------------|----------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|--------------|
| SANTA CASA | 04.09.01.056-1 | URETEROLITOTOMIA                                               | 4     | 766,11    | 2.268,33  | 9.193,32     |
| SANTA CASA | 04.09.06.013.5 | ADENOMIOSE( HISTERECTOMIA)                                     | 3     | 534,03    | 1.902,09  | 5.706,27     |
| SANTA CASA | 04.09.01.043.0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCÉLE                              | 4     | 372,54    | 1.117,62  | 4.470,48     |
| SANTA CASA | 04.09.07.005.0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR                       | 1     | 472,43    | 1.417,29  | 1.417,29     |
| SANTA CASA | 04.09.07.008.8 | COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR                                  | 28    | 372,54    | 1.117,62  | 31.293,36    |
| SANTA CASA | 04.09.06.011.9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)                 | 5     | 770,7     | 2.312,10  | 11.560,50    |
| SANTA CASA | 04.09.06.013.5 | HISTERECTOMIA TOTAL                                            | 57    | 534,03    | 1.902,09  | 108.419,13   |
| SANTA CASA | 04.09.06.011.9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)                 | 1     | 770,7     | 2.312,10  | 2.312,10     |
| SANTA CASA | 04.09.06.010.0 | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)                                | 11    | 460,08    | 1.380,24  | 15.182,64    |
| SANTA CASA | 04.09.06.021.6 | OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                  | 4     | 509,86    | 1.529,58  | 5.119,32     |
| SANTA CASA | 04.09.06.023.2 | SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL                                 | 2     | 465,59    | 1.396,77  | 2.793,54     |
| SANTA CASA | 04.09.07.027-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL | 20    | 372,89    | 1.118,67  | 22.373,40    |
| SANTA CASA |                | TOTAL GERAL                                                    | 3.246 | 24.521,20 | 73.563,60 | 5.082.450,81 |

**ANEXO Proposição CIR\_PROJETO CIRURGIA ELETIVA E EXAMES – 2018**  
**Portaria nº 278/2017/GBSES**

**MUNICÍPIO: Alto Taquari**  
**População: 9.963 Habitantes**

| Unidade de Saúde                  | Código do Procedimento | Procedimento a ser Realizado             | Quantidade Total por Procedimento | Valor Total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total |
|-----------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0407020284             | Hemorroidectomia                         | 05                                | 315,00                                  | 945,00               | 4.725,00          |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0407040080             | Hernioplastia incisional                 | 10                                | 539,92                                  | 1619,76              | 16.197,60         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0407040099             | Hernioplastia inguinal (bilateral)       | 10                                | 426,02                                  | 1278,06              | 12.780,60         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0407040102             | Hernioplastia inguinal/crural            | 05                                | 445,51                                  | 1336,53              | 6.682,65          |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0407040129             | Hernioplastia umbilical                  | 10                                | 434,99                                  | 1304,97              | 13.049,70         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409040240             | Vasectomia                               | 10                                | 306,47                                  | 919,41               | 9.194,10          |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409050083             | Postectomia                              | 05                                | 219,12                                  | 657,36               | 3.286,80          |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409060135             | Histerectomia total                      | 10                                | 634,03                                  | 1902,09              | 19.020,90         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409060186             | Laqueadura tubaria                       | 10                                | 339,02                                  | 1017,06              | 10.170,06         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409070050             | Colpoperineoplastia anterior e posterior | 10                                | 472,43                                  | 1417,29              | 14.172,90         |
| Fundação de saúde de Alto Taquari | 0409070068             | Colpoperineoplastia posterior            | 05                                | 372,54                                  | 1117,62              | 5.588,10          |
| <b>TOTAL</b>                      |                        |                                          |                                   |                                         |                      | <b>114.868,41</b> |

**ANEXO: Proposição CIR \_ PROJETO CIRURGIA ELETIVA E EXAMES – 2018**  
**Portaria nº 278/2017/GBSES**

**REGIÃO DE SAÚDE: Sul Matogrossense**  
**MUNICÍPIO: Jaciara**  
**População: 26.519 Habitantes**

| Unidade de Saúde              | Código do Procedimento | Procedimento a ser Realizado           | Quantidade Total por Procedimento | Valor Total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total     |
|-------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Hospital Municipal de Jaciara | 407030026              | Colecistectomia                        | 100                               | R\$ 695,77                              | R\$ 1.391,54         | R\$ 208.731,00        |
| Hospital Municipal de Jaciara | 407040099              | Herniorrafia Inguinal Bilateral        | 80                                | R\$ 476,02                              | R\$ 852,04           | R\$ 102.244,80        |
| Hospital Municipal de Jaciara | 407040129              | Herniorrafia Umbilical                 | 40                                | R\$ 434,99                              | R\$ 869,98           | R\$ 52.198,80         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 33010110               | Herniorrafia Incisional                | 10                                | R\$ 407,30                              | R\$ 814,60           | R\$ 12.219,00         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 406020566              | Tratamento cirúrgico varizes bilateral | 50                                | R\$ 582,04                              | R\$ 1.164,08         | R\$ 87.306,00         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 404010032              | Adenoamidalectomia                     | 25                                | R\$ 372,75                              | R\$ 745,50           | R\$ 27.956,25         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 040401001-6            | Adenoidectomia                         | 20                                | R\$ 204,38                              | R\$ 408,76           | R\$ 12.262,80         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 0414010230             | Septoplastia/Turbinectomia             | 15                                | R\$ 222,10                              | R\$ 444,20           | R\$ 9.994,50          |
| Hospital Municipal de Jaciara | 404010024              | Amigdalectomia                         | 20                                | R\$ 352,04                              | R\$ 704,08           | R\$ 21.122,40         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 409060135              | Histrectomia total                     | 30                                | R\$ 634,03                              | R\$ 1.268,06         | R\$ 57.062,70         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 407020284              | Hemorroidectomia                       | 20                                | R\$ 315,94                              | R\$ 631,88           | R\$ 18.956,40         |
| Hospital Municipal de Jaciara | 31011039               | Cirurgia de Fístula Perianal           | 15                                | R\$ 681,76                              | R\$ 1.363,52         | R\$ 30.679,20         |
| <b>TOTAL</b>                  |                        |                                        |                                   |                                         |                      | <b>R\$ 640.733,85</b> |

OBS1: O recurso financeiro que será repassado pós-produção e prestação de contas corresponderá a uma tabela SUS acrescido de um adicional máximo de 200% para o valor das cirurgias eletivas e exames pré-operatórios básicos.  
OBS2: A diferença do valor disponibilizado e do valor apresentado será pago pelo município.

**ANEXO: Proposição CIR \_ PROJETO CIRURGIA ELETIVA E EXAMES - 2018**  
**Portaria nº 278/2017/GBSES**

**REGIÃO DE SAÚDE: Sul Matogrossense**  
**MUNICÍPIO: Paranatinga**  
**População: 21.317 Habitantes**

| Unidade da Saúde      | Código do Procedimento | Procedimento a ser Realizado                 | Quantidade Total por Procedimento | Valor Total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------|
| HOSPITAL SÃO BENEDITO | 04.09.06.02.32         | SALPINGECTOMIA                               | 33                                | 15.364,47                               | 30.728,94            | 46.093,41         |
| HOSPITAL SÃO BENEDITO | 04.07.04.010-2         | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | 55                                | 24.503,05                               | 49.006,10            | 73.509,15         |
| HOSPITAL SÃO BENEDITO | 04.09.06.00.20         | AMPUTAÇÃO DE COLO                            | 1                                 | 449,20                                  | 898,40               | 1.347,60          |
| HOSPITAL SÃO BENEDITO | 04.09.04.02.15         | HIDROCELE                                    | 1                                 | 256,97                                  | 513,94               | 770,91            |
| HOSPITAL SÃO BENEDITO | 04.09.07.00.50         | COLPOPERINOPLASTIA                           | 34                                | 16.062,62                               | 32.125,24            | 48.187,86         |
| <b>Total</b>          |                        |                                              | <b>124</b>                        | <b>56.636,31</b>                        | <b>113.272,62</b>    | <b>169.908,93</b> |

**OBS:** O recurso financeiro que será repassado pós-produção e prestação de contas corresponderá a uma tabela SUS acrescido de um adicional máximo de 200% para o valor das cirurgias eletivas e exames pré-operatórios básicos.

**ANEXO: Proposição CIR \_ PROJETO CIRURGIA ELETIVA E EXAMES - 2018**  
**Portaria n° 278/2017/GBSES**

**REGIÃO DE SAÚDE: Sul Matogrossense**  
**MUNICÍPIO: Poxoréo**  
**População: 16.209 habitantes**

| Unidade de Saúde                        | Código do Procedimento | Procedimento a ser Realizado             | Quantidade Total por Procedimento | Valor Total por Procedimento Tabela SUS | Valor Adicional 200% | Valor (R\$) Total |
|-----------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Hospital e Maternidade São João Batista | 04.07.04.009-9         | Cirurgia Hérnioplastia inguinal          | 03                                | R\$: 426,02 x3                          | 1,278.00             | 3,834.18          |
| Hospital e Maternidade São João Batista | 04.07.03.002-6         | Colescistectomia                         | 08                                | R\$: 695,77                             | 2,087.31             | 16.598,48         |
| Hospital e Maternidade São João Batista | 04.04.01.002-4         | Amigdalectomia                           | 04                                | R\$: 306,57                             | 919.71               | 3,578.84          |
| Hospital e Maternidade São João Batista | 04.09.07.005-0         | Colpoperineoplastia anterior e posterior | 03                                | R\$: 472,43                             | 1,417.29             | 4,251.87          |
| <b>Total</b>                            |                        |                                          |                                   |                                         |                      | <b>28.461</b>     |

**OBS:** O recurso financeiro que será repassado pós- produção e prestação de contas corresponderá a uma tabela SUS acrescido de um adicional máximo de 200% para o valor das cirurgias eletivas e exames pré-operatórios básicos.



ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO VERDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA



Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Campo Verde - 2010  
Página: 27 de 33

REGIÃO DE SAÚDE: Sul Matogrossense  
MUNICÍPIO: Campo Verde  
POPULAÇÃO: 38.814 Habitantes

| UNIDADE DE SAÚDE                | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | PROCEDIMENTOS SER REALIZADO                                                 | QUANTIDADE TOTAL POR PROCEDIMENTO | VALOR TOTAL POR PROCEDIMENTO | VALOR ADICIONAL 200% | VALOR (R\$) TOTAL |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------|
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.07.02.028-4         | HEMORROIDECTOMIA                                                            | 4                                 | R\$ 249,68                   | R\$ 749,04           | R\$ 2.996,16      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.09.05.008-3         | POSTECTOMIA                                                                 | 3                                 | R\$ 242,80                   | R\$ 728,40           | R\$ 2.185,20      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.09.04.021-5         | TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE                                           | 2                                 | R\$ 219,83                   | R\$ 659,49           | R\$ 1.318,98      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.07.04.010-2         | HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL                                            | 11                                | R\$ 293,96                   | R\$ 881,88           | R\$ 9.700,68      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.09.04.024-0         | VASECTOMIA                                                                  | 5                                 | R\$ 346,30                   | R\$ 1.038,90         | R\$ 5.194,50      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.10.01.006-5         | MASTECTOMIA SIMPLES                                                         | 3                                 | R\$ 325,64                   | R\$ 976,92           | R\$ 2.930,76      |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.07.03.002-6         | COLECISTECTOMIA                                                             | 15                                | R\$ 497,22                   | R\$ 1.491,66         | R\$ 22.374,90     |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.05.089-6         | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | 14                                | R\$ 238,46                   | R\$ 715,38           | R\$ 10.015,32     |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.06.012-3         | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES | 14                                | R\$ 211,02                   | R\$ 633,06           | R\$ 8.862,84      |

|                                 |                |                                                                                           |    |       |          |     |            |     |           |
|---------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|----------|-----|------------|-----|-----------|
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.02.032-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO                                                   | 3  | R\$   | 182,38   | R\$ | 547,14     | R\$ | 1.641,42  |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.05.090-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS                                                     | 1  | R\$   | 268,42   | R\$ | 805,26     | R\$ | 805,26    |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.05.017-9 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)   | 12 | R\$   | 1.602,18 | R\$ | 4.806,54   | R\$ | 57.678,48 |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.01.018-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR                      | 3  | R\$   | 377,59   | R\$ | 1.132,77   | R\$ | 3.398,31  |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.01.021-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL     | 1  | R\$   | 379,15   | R\$ | 1.137,45   | R\$ | 1.137,45  |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.02.059-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFÍSE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E ÚLNA | 2  | R\$   | 229,29   | R\$ | 687,87     | R\$ | 1.375,74  |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.01.014-2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)               | 1  | R\$   | 295,75   | R\$ | 887,25     | R\$ | 887,25    |
| HOSP. MUNI.<br>CORAÇÃO DE JESUS | 04.08.06.021-2 | RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL                                                               | 2  | R\$   | 78,18    | R\$ | 234,54     | R\$ | 469,08    |
|                                 |                |                                                                                           |    | TOTAL |          | R\$ | 132.972,33 |     |           |

Campo Verde, 22 de fevereiro de 2018.

ALTAIR TIMOTEO ARAUJO  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE