



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE – CIB/MT

Resolução CIB Nº. 060 de 11 de outubro de 2006.

Dispõe sobre o credenciamento do Hospital Geral Universitário – HGU – para atendimento de exames de Histocompatibilidade e Sorologia para pacientes em pré e pós-transplante do Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Portaria Nº. 1.312/GM de 30 de novembro de 2000 que aprova as normas de cadastramento de laboratórios de Histocompatibilidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –;

II – A Portaria GM Nº. 1.314 de 30 de novembro de 2000 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências;

III – A Portaria SAS/MS Nº 414 de 11 de agosto de 2005 que inclui no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, as tabelas de habilitações de serviços e de regras contratuais;

IV – A Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS/SUS/01/02 atualizado em 27 de setembro de 2004;

V – A Portaria Nº. 683 de 12 de dezembro de 2005 que estabelece compatibilidades entre procedimentos e habilitações;

VI – A Resolução CIB/MT Nº. 006 de 28 de fevereiro de 2003 que dispõe sobre a aprovação do modelo de fluxo de credenciamento hospitalar e/ou ambulatorial e relação de documentos necessários para credenciamento no Estado de Mato Grosso;

VII – O processo Nº. 0.302.471-9 da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá;

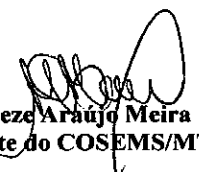
VIII – A necessidade de agrupar, organizar e estabelecer os mecanismos de identificação por Histocompatibilidade, tanto de potenciais doadores como de receptores, para fins de transplante de órgãos.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o credenciamento do Hospital Geral Universitário – HGU – do município de Cuiabá do Estado de Mato Grosso para realizar exames de Histocompatibilidade e Sorologia para pacientes em pré e pós-transplantes no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme anexo Único desta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.


Augustinho Moro
Presidente da CIB/MT


Marineze Araújo Meira
Presidente do COSEMS/MT



Centro Político Administrativo, Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 - cib@ses.mt.gov.br





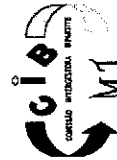
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE – CIB/MT

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 060 DE 11 DE OUTUBRO DE 2006

Procedimento	Código	Média/Mês	Valor	Total/Mês	Total/Ano
Identificação de Receptor de Rim, Pâncreas – Tipificação de HLA – A, B Classe I, seja por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA e Tipificação de HLA DR – Classe II, por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. Os dois exames previstos neste procedimento deverão ser realizados em todos os candidatos a transplante renal, transplante de pâncreas e transplante de rim/pâncreas inscritos nas listas Únicas dos Estados.	30.020.00.0	50	350,00	17.500,00	210.000,00
	30.021.00.6				
	30.021.01.4				
Avaliação de Reatividade Contra Pâncreas – Classe I (mínimo 30 células) – O exame previsto neste procedimento deverá ser realizado, até duas vezes por ano, em todos os candidatos a transplante renal, transplante de pâncreas e transplante de rim/pâncreas inscritos nas Listas Únicas dos Estados, cuja distribuição já esteja sendo feita por HLA.	30.021.02.2	100	150,00	15.000,00	180.000,00
Identificação de Doador Vivo de Rim – 1ª fase – Por Doador Tipado – Tipificação de HLA-A, B-Classe I, seja por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. Esse exame deverá ser autorizado em grupos de até 4 pessoas.	30.022.01.0	32	150,00	4.800,00	57.600,00
Identificação de Doador Vivo de Rim – 2ª fase – Tipificação de HLA-DR-Classe II, por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. O exame previsto na 2ª fase deverá ser realizado em um único doador que já tenha sido considerado compatível na 1ª fase. No caso de haver apenas um candidato a doador, poderá ser autorizada a realização simultânea das fases 1ª e 2ª.	30.022.02.9	16	200,00	3.200,00	38.400,00
Provas Cruzadas-(Doador Vivo) - (Cross Match) – Consiste na realização simultânea de provas cruzadas de: Linfócitos T, Linfócitos T+DTT, Linfócitos T +AGH, Linfócitos B e Linfócitos B +DTT. Esses exames deverão ser realizados em conjunto, em um único doador vivo de rim, selecionado como compatível por meio dos exames das fases 1ª e 2ª.	30.023.03.7	16	300,00	4.800,00	57.600,00
Provas Cruzadas-(Doador Cadáver) - (Cross Match) – Doador Cadáver de Rim Consiste na realização simultânea de provas cruzadas de: Linfócitos T, Linfócitos T+DTT, Linfócitos T +AGH, Linfócitos B e Linfócitos B +DTT. Esses exames deverão ser realizados em conjunto, em todos os doadores cadáveres de rim, pâncreas e rim/pâncreas.	30.023.02.5	44	300,00	13.200,00	158.400,00
Auto Prova Cruzada (Auto Cross Match) – Consiste na realização de prova cruzada para determinação de auto-anticorpos. Deverá ser realizada naquele doador que tiver Prova Cruzada para Linfócitos B e/ou T positiva.	30.022.04.5	5	45,51	227,55	2.730,60



Centro Político Administrativo, Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 - cib@ses.mt.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE – CIB/MT

Procedimento	Código	Média/ Mês	Valor	Total/Mês	Total/Ano
Provas Cruzadas (Doador vivo)-(Cross Match) – Contra Linfócitos T ou B, com absorção de Plaquetas. Consiste na realização de prova cruzada contra linfócitos T ou B com absorção de plaquetas para a determinação de anticorpos contra a Classe I do HLA. Deverá ser realizada apenas naquele doador que tiver Prova Cruzada para Linfócitos B e/ou T positiva.	30.022.05.3	5	75,85	379,25	4.551,00
Identificação de Doador Cadáver de Rim, Pâncreas e Rim/Pâncreas Tipificação de HLA-A, B Classe I, seja por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. Esses dois exames deverão ser realizados nos doadores cadáveres apenas naqueles estados em que a distribuição dos órgãos esteja sendo feita por HLA.	30.023.00.9	10	350,00	3.500,00	42.000,00
	30.023.01.7				
Identificação de Doador Aparentado de Medula Óssea e Outros Precursores Hematopoiéticos - 1ª fase – Por Doador Tipado – Tipificação de HLA-A, B-Classe I, seja por sorologia ou por teste molecular por técnicas de baixa resolução por DNA. Esse exame deverá ser feito apenas em aparentados de 1º grau, autorizados em grupos de até 5 pessoas, repetidos até a identificação do doador nesta fase.	30.011.01.9	40	150,00	6.000,00	72.000,00
Identificação de Doador Aparentado de Medula Óssea e Outros Precursores Hematopoiéticos - 2ª fase – Tipificação de HLA-DR, DQ-Classe II por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. O exame previsto na 2ª fase deverá ser realizado naqueles doadores que já tenham sido considerados compatíveis na 1ª Fase, autorizados em grupos de até 5 pessoas, repetidos até a identificação do doador nesta fase.	30.011.02.7	9	225,00	2.025,00	24.300,00
Identificação de Doador Aparentado de Medula Óssea e Outros Precursores Hematopoiéticos - 3ª fase – Por Doador Tipado – Tipificação de HLA-DR, DQ-Classe II por teste molecular com técnicas de alta resolução por DNA. O exame previsto na 3ª fase deverá ser realizado, quando necessário, em apenas um único doador identificado que tenha sido considerado o mais compatível na 2ª fase.	30.011.03.5	1	650,00	650,00	7.800,00
Identificação de Doador Não Aparentado de Medula Óssea e Outros Precursores Hematopoiéticos para Cadastro no REDOME – 1ª Fase – Tipificação de HLA-A, B-Classe I, por sorologia ou por teste molecular com técnicas de baixa resolução por DNA. Esses exames estão previstos para cadastramento de doadores voluntários não aparentados e, se for o caso, aparentados que não os de 1º grau, no REDOME. Na Fase de identificação do doador devem ser realizados os dois exames previstos.	30.011.04.3	60	375,00	22.500,00	270.000,00
VALOR TOTAL				93.781,80	1.125.381,60

*IMPACTO FISICO-FINANCEIRO



Centro Político Administrativo, Bl. 05
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT
Telefone: (0**65) 3613-5409 - cib@ses.mt.gov.br



[Assinatura]