



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Resolução CIB/MT N° 105 de 06 de maio de 2010.

Dispõe sobre a habilitação do Hospital Universitário Júlio Müller – HUJM como serviço de assistência de Alta Complexidade para atendimento aos Portadores de Lesões Lábios Palatais para o Estado de Mato Grosso.

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

I – A Portaria SAS N° 62 de 19 de abril de 1994 que normatiza a Alta Complexidade em Lábios Palatais;

II – O cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

III – O Manual de Credenciamento e Habilitação dos serviços ambulatoriais e hospitalares no Estado de Mato Grosso;

IV – O parecer técnico da Coordenadoria de Apoio a Organização da Rede de Serviços – CAORS referente ao processo 774798/2009/SMS/Cuiabá, favorável a habilitação do Hospital Universitário Júlio Müller – HUJM;

V – O parecer técnico da Coordenadoria de Controle e Avaliação – COCAAS referente ao processo 774798/2009/SMS/Cuiabá que define o impacto financeiro, conforme solicitação do município de Cuiabá;

VI – A necessidade de implementar a referência para atendimento a portadores de lesões lábios palatais no Estado de Mato Grosso;

VII – Que o HUJM é de natureza pública e que já presta esse tipo de serviço à comunidade sem ressarcimento financeiro, por não se encontrar habilitada.

R E S O L V E:

Art. 1º - Habilitar o Hospital Universitário Júlio Müller – HUJM como serviço de assistência de Alta Complexidade para atendimento aos Portadores de Lesões Lábios Palatais para o Estado de Mato Grosso de acordo com a demanda da Central de Regulação.



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

Art. 2º - Os recursos financeiros destinados para custeio dos procedimentos, deverão onerar a Fonte 112 da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT e será repassado ao teto financeiros do município de Cuiabá, conforme Anexo Único desta Resolução.

Parágrafo Único - A prestação de contas deve ser apresentada a cada 06 (seis) meses pela Coordenadoria de Controle e Avaliação da SES/MT em reunião ordinária da CIB/MT, para que o município possa continuar a receber o recurso de que trata o Caput deste Artigo.

Art. 3º - O recurso financeiro supracitado será repassado ao teto financeiro do município de Cuiabá que deverá constar, em sua totalidade e de forma discriminada, quando da contratualização do HUJM pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Cuiabá/MT, 06 de maio de 2010.

Augusto Carlos Patti do Amaral
Presidente da CIB/MT

Andréia Fabiana dos Reis
Presidente do COSEMS/MT



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIB/MT N° 105 DE 06 DE MAIO DE 2010

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	FÍSICO/ MÊS	FINANCEIRO/MES
04.04.03.001-7	ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE C/ LESAO LABIO-PALATAL	1	432,24
04.04.03.002-5	ARITENOIDECTOMIA C/ LARINGOFISSURA	1	991,37
04.04.03.003-3	CIRURGIA ORTOGNATA DE MAXILAR (OSTEOTOMIA TIPO LE FORT I)	1	2.344,25
04.04.03.004-1	MICROCIRURGIA OTOLOGICA EM PACIENTE C/ DEFORMIDADE CRANIO-FACIAL	1	487,61
04.04.03.005-0	OSTEOPLASTIA DA MANDIBULA P/ PROGNATISMO	1	371,13
04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA P/ MICROGNATISMO C/ OU S/ IMPLANTE DE SILICONE	1	371,13
04.04.03.007-6	PALATO-LABIOPLASTIA UNI OU BILATERAL (POR ESTAGIO)	1	1.093,69
04.04.03.008-4	PALATOPLASTIA C/ ENXERTO OSSEO OU RETALHO	1	1.003,10



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

04.04.03.009-2	PALATOPLASTIA PARCIAL / TOTAL	1	293,62
04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PARCIAL / TOTAL EM PACIENTE C/ DEFORMIDADE CRANIO-FACIAL	1	1.425,84
04.04.03.011-4	PLASTICA TRANSPALATINA P/ ATRESIA COANAL	1	443,24
04.04.03.012-2	QUEILOPLASTIA EM PACIENTE C/ DEFORMIDADE CRANIO- FACIAL	1	468,33
04.04.03.013-0	RATAMENTO CIRURGICO REPARADOR NAO ESTETICO DO NARIZ EM SELA	1	399,21
04.04.03.014-9	RECONSTRUCAO DO SULCO GENGIVO LABIAL	1	299,24
04.04.03.015-7	RECONSTRUCAO TOTAL DE LABIO EM PACIENTE C/ DEFORMIDADE CRANIO-FACIAL	1	863,25
04.04.03.016-5	RINOPLASTIA EM PACIENTE C/ LESAO LABIO-PALATAL	1	442,74
04.04.03.017-3	SEPTOPLASTIA EM PACIENTE C/ LESAO LABIO-PALATAL	1	374,67
04.04.03.018-1	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	1	384,33
04.04.03.019-0	TIMPANOPLASTIA EM PACIENTES C/ DEFORMIDADE CRANIO- FACIAL (UNI / BILATERAL)	1	858,38
04.04.03.020-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE LABIO LEPORINO (INCLUI FISSURA LABIO-PALATAL)	1	304,00
04.04.03.021-1	TRATAMENTO CIRURGICO REPARADOR NAO ESTETICO DO NARIZ EM PACIENTE C/ DEFORMIDADE CRANIO-FACIAL	1	420,21
		TOTAL	14.071,58 / mês