

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 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 SIGTAP	Descrição do procedimento	Valor da sessão paga pela SES-MT
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 ADULTO (UTI II)	R\$ 1.109,69
	08.02.01.009-1 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	R\$ 1.181,61
UTI PEDIÁTRICA (HABILITADA)	08.02.01.015-6 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)	R\$ 1.109,69
	08.02.01.007-5 - DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	R\$ 1.181,61
	08.02.01.012-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II)	R\$ 1.109,69

UTI NEONATAL (HABILITADA)	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 (UCINCo)	R\$ 418,16
	08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - CANGURU (UCINCa)	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 - DIARIA 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
0201010127	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO
0201010135	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA E PEDICULO VERTEBRAL (POR DISPOSITIVO GUIADO)
0201010143	BIOPSIA DE ENDOCARDIO / MIOCARDIO
0201010259	BIOPSIA DE LAMINA PEDICULO E PROCESSOS VERTEBRAIS (A CEU ABERTO)
0201010542	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES

	DE MEMBRO INFERIOR
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA
0208010017	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67
0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECCOES)
0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECCOES)
0208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECCOES)
0208010084	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)
0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES
0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO
0208030034	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO
0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)
0208040102	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO
0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO

0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)
0208050043	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67
0208070010	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67
0208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECCOES)
0208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS
0210010053	AORTOGRAFIA TORACICA
0210010061	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA
0210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO
0210010096	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL
0210010100	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL
0210010118	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL
0210010126	ARTERIOGRAFIA PELVICA
0210010134	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA
0210010142	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)
0210010150	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL
0211020010	CATETERISMO CARDIACO
0211020028	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL
0406010196	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR*
0406010536	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL*
0406010633	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SITIO TRANSVENOSO*
0406010650	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO*
0406010676	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO*
0406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR*
0406010820	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA*
0406010927	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA*
0406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS) *
0406011206	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA*
0406030014	ANGIOPLASTIA CORONARIANA*
0406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS*
0406030030	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE

	DE STENT*
0406040028	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT) *
0406040052	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT) *
0406040060	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO) *
0406040095	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO) *
0406040168	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA*
0406040176	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA/ DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA
0408010037	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)
0408030038	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS*
0408030054	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS*
0408030062	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS*
0408030070	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS*
0408030119	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL*
0408030135	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL*
0408030143	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS*
0408030151	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS*
0408030267	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL*
0408030275	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS*
0408030283	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NIVEIS*
0408030291	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS*
0408030305	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS*
0408040041	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) *
0408040068	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL*
0408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA*
0408050047	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL) *

0408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO*
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO*
0408050772	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO*
0408060034	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ) *
0408060646	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÃO OU PÉ EM FENDA / DEDO BÍFIDO / MACRODACTILIA / POLIDACTILIA*
0408060662	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA*
0406050015	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO
0406050023	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)
0406050031	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)
0406050040	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO).
0406050066	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DAS VIAS ANÔMALAS MÚLTIPLAS)
0406050074	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL)
0406050104	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)
0406050112	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)
0406050120	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL)
0406050139	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)
0403020034	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE
0403020042	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA
0403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO
0403020069	MICRONEURORRAFIA
0403020115	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA
0403030064	HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR
0403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO
0403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO

	(COM TECNICA COMPLEMENTAR)
0403040116	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM
0403070058	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO
0403070163	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO
0403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL
0405030169	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER
0405030177	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL
0407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL
0408010037	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)
0408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)
0408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)
0408030631	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR
0408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL
0408040157	OSTEOTOMIA DA PELVE

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

MÉDIA COMPLEXIDADE

CÓDIGO SIGTAP	DESCRIÇÃO PADRÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
0201010020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 42,30
0201010038	BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE	R\$ 601,68
0201010046	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	R\$ 55,38
0201010062	BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 125,04
0201010070	BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 54,99

0201010089	BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 57,18
0201010097	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	R\$ 93,30
0201010100	BIOPSIA DE CORDAO ESPERMATICO (UNILATERAL)	R\$ 138,57
0201010119	BIOPSIA DE CORNEA	R\$ 205,86
0201010151	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	R\$ 54,99
0201010160	BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA	R\$ 257,07
0201010178	BIOPSIA DE EPIDIDIMO	R\$ 138,57
0201010186	BIOPSIA DE ESCLERA	R\$ 205,86
0201010194	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	R\$ 57,18
0201010216	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	R\$ 213,45
0201010224	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	R\$ 138,57
0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 93,81
0201010240	BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 597,63
0201010267	BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R\$ 343,08
0201010275	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	R\$ 600,00
0201010283	BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO)	R\$ 54,99
0201010291	BIOPSIA DE NERVO	R\$ 90,18
0201010305	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R\$ 548,25
0201010313	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R\$ 550,17
0201010321	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R\$ 566,34
0201010330	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	R\$ 564,78
0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 71,97
0201010356	BIOPSIA DE PALPEBRA	R\$ 54,99

0201010364	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$ 43,98
0201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 77,49
0201010380	BIOPSIA DE PENIS	R\$ 54,99
0201010399	BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R\$ 54,99
0201010402	BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRAÇÃO/AGULHA / PLEUROSCOPIA)	R\$ 341,04
0201010410	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 608,43
0201010437	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	R\$ 138,57
0201010445	BIOPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$ 54,99
0201010453	BIOPSIA DE SINÓVIA	R\$ 90,18
0201010461	BIOPSIA DE TESTICULO	R\$ 138,57
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 71,19
0201010488	BIOPSIA DE URETER	R\$ 138,57
0201010496	BIOPSIA DE URETRA	R\$ 138,57
0201010500	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 54,99
0201010518	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R\$ 54,99
0201010526	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 64,68
0201010550	BIOPSIA PRÉ-ESCALÊNICA	R\$ 534,69
0201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 210,00
0201010585	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 199,44
0201010593	PUNÇÃO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL	R\$ 21,12
0201010607	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 420,00
0201010615	PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 42,30
0201010623	PUNÇÃO EXPLORADORA DO DEFERENTE	R\$ 42,30

0201010631	PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 21,12
0201010640	PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO	R\$ 39,75
0201010658	PUNÇÃO VENTRICULAR TRANSFONTANELA	R\$ 21,12
0201010666	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 54,99
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 79,20
0205010059	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 85,80
0205020089	ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA	R\$ 48,40
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 722,50
0209010010	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 181,36
0210010045	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 379,46
0211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	R\$ 81,00
0211060011	BIOMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 48,48
0211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO - OLHO DIREITO	R\$ 24,68
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	R\$ 80,00
0211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 20,22
0211060100	FUNDOSCOPIA	R\$ 6,74
0211060119	GONIOSCOPIA	R\$ 13,48
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 48,48
0211060143	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 48,48
0211060151	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 6,74
0211060160	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ 48,48
0211060178	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 49,36
0211060186	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 128,00
0211060216	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 6,74
0211060232	TESTE ORTOPTICO	R\$ 24,68
0211060259	TONOMETRIA	R\$ 6,74
0211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 48,48
0211060283	TOMOGRRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 96,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	R\$ 30,00

	(AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0301010072	CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL (AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRURGICA)	R\$ 30,00
0303050012	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA - OLHO DIREITO	R\$ 35,48
0403010012	CRANIOPLASTIA	R\$ 3.966,30
0403010101	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 4.502,10
0403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 1.042,80
0404010016	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.044,50
0404010024	AMIGDALECTOMIA	R\$ 919,71
0404010032	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.011,60
0404010105	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 2.028,70
0404010113	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 489,30
0404010121	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	R\$ 1.075,70
0404010210	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 2.271,30
0404010229	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.450,60
0404010237	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 1.130,20
0404010326	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.047,70
0404010350	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 1.854,40
0404010415	TURBINECTOMIA	R\$ 946,95
0404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 742,38
0404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 1.152,90
0404010520	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 641,25
0405010010	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 407,48
0405010036	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 2.045,60
0405010060	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 45,86
0405010079	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 157,50
0405010141	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$ 407,48
0405010168	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS	R\$ 45,86
0405010184	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 190,84
0405020015	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 4.985,20
0405020023	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 3.503,40
0405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)	R\$ 215,22
0405030053	INJECAO INTRA-VITREO	R\$ 164,56

0405030134	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 762,16
0405030142	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 8.001,8
0405030150	VITRIOLISE A YAG LASE	R\$ 108,00
0405030193	PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER	R\$ 860,92
0405030223	REMOCAO DE OLEO DE SILICONE	R\$ 937,20
0405040075	EVISCERACAO DO GLOBO OCULAR	R\$ 1.175,0
0405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$ 1.692,3
0405040130	INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR	R\$ 45,86
0405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 1.348,3
0405040210	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 907,20
0405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 225,54
0405050070	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 518,40
0405050089	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 164,56
0405050097	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 1.594,8
0405050100	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 967,20
0405050119	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 1.954,8
0405050151	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	R\$ 2.225,6
0405050160	INJECAO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 16,48
0405050194	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90,00
0405050216	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 344,54
0405050224	RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL - OLHO DIREITO	R\$ 872,88
0405050240	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 671,44
0405050283	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRAOCULAR - OE	R\$ 1.089,7
0405050321	TRABECULECTOMIA	R\$ 2.695,0
0405050356	TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 2.473,5
0405050364	CIRURGIA DE PTERIGIO	R\$ 628,65
0406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 2.500,4
0406020574	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.076,5
0407010211	GASTROSTOMIA	R\$ 2.063,2
0407010297	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	R\$ 2.298,1
0407020217	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 740,43
0407020225	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	R\$ 1.006,0
0407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 1.950,2
0407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 1.091,7
0407020284	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 947,82
0407020470	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	R\$ 550,92
0407030026	COLECISTECTOMIA	R\$ 2.989,0
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 2.977,3
0407030123	ESPLENECTOMIA	R\$ 2.927,9
0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 2.405,1

0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.619,70
0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 1.830,10
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.913,90
0407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.788,90
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.304,90
0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 1.911,50
0407040170	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	R\$ 1.818,40
0407040226	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS	R\$ 1.146,50
0408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 1.270,50
0408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	R\$ 1.136,10
0408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 1.132,70
0408010215	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 1.137,40
0408010223	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	R\$ 852,81
0408010231	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	R\$ 887,25
0408020032	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 691,11
0408020105	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 601,53
0408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 723,45
0408020334	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO	R\$ 1.496,90
0408020601	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	R\$ 687,87
0408030399	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 2.294,10
0408030542	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAIL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	R\$ 3.250,80
0408030607	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	R\$ 5.650,20
0408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	R\$ 6.408,60
0408050039	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 1.484,40
0408050136	RECONSTRUCAO DE TENDA0 PATELAR / TENDA0 QUADRICIPITAL	R\$ 4.806,50
0408050152	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 1.736,60
0408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR	R\$ 6.882,90

	DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	
0408050179	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 4.806,5
0408050349	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	R\$ 1.033,5
0408050659	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 1.067,4
0408050764	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	R\$ 852,18
0408050799	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	R\$ 2.278,2
0408050861	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	R\$ 2.308,2
0408050888	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 1.736,6
0408050896	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 1.427,4
0408060018	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	R\$ 761,79
0408060050	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 641,37
0408060093	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 2.115,0
0408060140	FASCIECTOMIA	R\$ 668,85
0408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 366,03
0408060166	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 775,83
0408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 981,75
0408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 1.937,0
0408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 274,47
0408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	R\$ 1.104,0
0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R\$ 454,98
0408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$ 455,01
0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 675,48
0408060441	TENÓLISE	R\$ 688,20
0408060450	TENOMIORRAFIA	R\$ 617,73
0408060468	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	R\$ 626,82
0408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	R\$ 2.040,6
0408060484	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	R\$ 1.263,9
0408060611	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 1.006,2
0409010022	CISTECTOMIA PARCIAL*	R\$ 3.571,3
0409010030	CISTECTOMIA TOTAL*	R\$ 6.363,8
0409010049	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SÓ TEMPO*	R\$ 6.363,7
0409010090	CISTOSTOMIA	R\$ 1.812,8

0409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 1.822,00
0409010146	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM Pelve RENAL	R\$ 1.208,50
0409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 874,72
0409010189	LITOTRIPSIA	R\$ 1.662,00
0409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL*	R\$ 4.562,90
0409010219	NEFRECTOMIA TOTAL*	R\$ 4.605,50
0409010227	NEFROLITOTOMIA*	R\$ 3.515,10
0409010235	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA*	R\$ 7.005,80
0409010294	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA*	R\$ 7.734,70
0409010308	NEFROURETERECTOMIA TOTAL*	R\$ 3.236,50
0409010316	PIELOLITOTOMIA*	R\$ 3.194,90
0409010324	PIELOPLASTIA*	R\$ 3.179,90
0409010367	RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	R\$ 1.527,40
0409010383	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	R\$ 1.549,80
0409010391	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	R\$ 1.858,90
0409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	R\$ 1.117,60
0409010456	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA*	R\$ 3.536,40
0409010464	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL*	R\$ 3.536,40
0409010472	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS*	R\$ 3.036,20
0409010499	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 1.158,60
0409010502	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL*	R\$ 2.989,30
0409010561	URETEROLITOTOMIA	R\$ 3.291,20
0409010596	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA*	R\$ 4.764,60
0409020133	URETROPLASTIA AUTOGENA	R\$ 1.408,60
0409020176	URETROTOMIA INTERNA*	R\$ 1.009,30
0409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 3.005,10
0409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA*	R\$ 8.158,70
0409040070	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	R\$ 636,27
0409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 677,58
0409040126	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 1.155,90
0409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.080,20
0409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 1.050,30
0409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 770,91
0409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 772,68
0409040240	VASECTOMIA	R\$ 1.316,60
0409050032	CORRECAO DE HIPOSPADIA (10 TEMPO)	R\$ 1.118,80

0409050040	CORRECAO DE HIPOSPADIA (20 TEMPO)	R\$ 1.118,81
0409050075	PLASTICA TOTAL DO PENIS	R\$ 1.515,00
0409050083	POSTECTOMIA	R\$ 657,36
0409060020	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 1.347,60
0409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	R\$ 1.330,90
0409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	R\$ 502,26
0409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 1.976,40
0409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 3.310,90
0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 2.723,70
0409060178	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 519,99
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 1.456,40
0409060194	MIOMECTOMIA	R\$ 1.586,80
0409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 1.529,50
0409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 1.396,70
0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 1.417,20
0409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 1.117,60
0409070084	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 1.117,60
0409070149	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 1.117,60
0409070157	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 674,04
0409070190	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	R\$ 419,88
0409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	R\$ 358,05
0409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	R\$ 1.118,60
0417010052	ANESTESIA REGIONAL	R\$ 126,00
0417010060	SEDACAO	R\$ 150,00
0	SERVIÇO DE APLICAÇÃO BEVACINA	R\$ 2.175,00
0	SERVIÇO DE APLICAÇÃO AFLIBERCEPTE	R\$ 3.475,00
0	SERVIÇO DE APLICAÇÃO RANIBOSUMALE	R\$ 3.450,00

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