

# ATOS NORMATIVOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA

## Secretaria de Estado de Saúde

### RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025

Dispõe sobre a ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos e exames com finalidade diagnóstica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul e Autoriza a realização de novas adesões ao Projeto MS Saúde - Mais Saúde, Menos Fila para o exercício do ano de 2025.

O **Secretário de Estado da Saúde**, no uso das atribuições, no uso de suas atribuições legais, Considerando a implementação do processo de planejamento regional integrado o qual visa sobretudo, a organização das Rede de Atenção à Saúde (RAS) mediante a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012; Considerando a NOAS-SUS 01/01 que fortalece a regionalização em saúde como marco fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção na implementação do Sistema Único de Saúde;

Considerando o Decreto nº 14.151, de 16 de março de 2015 que instituiu, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul o Programa Caravana da Saúde.

Considerando a Resolução CFM n. 2.371/2023, publicado em 30/11/2023, que regulamenta a realização de cirurgias eletivas e procedimentos invasivos em "mutirões".

Considerando a necessidade de continuidade da organização e estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial àqueles com demanda reprimida identificada no Estado de Mato Grosso do Sul.

Considerando a existência de demanda reprimida na fila da regulação preferencialmente hospitalar para realização procedimento cirúrgico eletivos de média e alta complexidade identificados no banco de dados dos complexos reguladores.

Considerando também a necessidade de ampliação da realização dos exames com finalidade diagnóstica ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul;

#### RESOLVE:

**Art. 1º** Esta resolução dispõe sobre a continuidade do projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** na rede pública de saúde como política pública de fortalecimento dos serviços previstos pelo Estado de Mato Grosso do Sul no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. A realização dos procedimentos no âmbito do projeto poderá ocorrer por meio do atendimento eventual e/ou de mutirões para procedimentos, com vigência de **01 de maio de 2025 até 31 de Dezembro de 2025**.

**Art. 2º** Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, fazer a adesão ao presente Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, apresentando proposta de execução dos procedimentos ofertados, "Declaração de Adesão conforme anexo VI," assinada pelo gestor municipal e diretor (a) de cada unidade hospitalar e enviar para o e-mail: [ms.saude.2025@gmail.com](mailto:ms.saude.2025@gmail.com), a adesão e proposta de execução, contendo a estimativa com a quantidade de procedimentos a serem executadas/mês e o quantitativo total a ser realizado no período dos meses de **maio de 2025 até dezembro de 2025**, para aprovação, no período de **03 dias úteis** a contar da data desta publicação. **A Secretaria Estadual de Saúde avaliará as adesões enviadas, considerando a necessidade**

**dos procedimentos com base na demanda reprimida e/ou na falta de acesso aos procedimentos na região de residência do paciente, em conjunto com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-MS) levando em consideração o número de habitantes daquela região de saúde e o valor do recurso para o Programa devidamente apresentada na Comissão de Intergestores Bipartite. (CIB)**

§ 1º A proposta terá caráter **SUPLEMENTAR** às metas já pactuadas em contratos e convênios/SUS, ou seja só receberão o valor diferenciado do Projeto após o cumprimento da meta

e deverá levar em consideração a capacidade instalada, os recursos humanos e a disponibilidade de insumos necessários das unidades executoras.

§ 2º Todos estabelecimentos que realizarem adesão aos procedimentos de Cirurgia Bariátrica do anexo II obrigatoriamente deverão realizar a adesão dos exames contidos na tabela abaixo:

Código	EXAMES	Valor MS SAUDE
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 550,00
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdômen total	R\$ 75,90
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica	R\$ 135,72
02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido (até 3 vasos)	R\$ 253,44
02.11.08.005-5	Prova de função pulmonar completa com broncodilatador (espirometria)	R\$ R\$40,00

§ 3º No ANEXO XI, constam os pré requisitos para realização da cirurgia Bariátrica.

§ 4º Os estabelecimentos que irão ofertar os procedimentos de Cirurgia Bariátrica deverão realizar a adesão aos procedimentos de CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS BARIÁTRICA do anexo II. Estes estabelecimentos deverão estar estruturados com sistema de teleconsulta, facilitando assim o acesso ao serviço, levando em consideração a dimensão territorial do Estado de Mato Grosso do Sul, onde consultas com profissionais tais como: Psicólogo, Nutricionista, Psiquiatra, entre outros deverão ser realizadas pelo sistema de vídeo chamada evitando assim o deslocamento não necessário do paciente.

§ 5º Para adesão aos procedimentos de alta complexidade no presente projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá comprovar que já realizou o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s) em sua série histórica de produção ambulatorial e hospitalar OU apresentar projeto para execução destes procedimentos, contemplando protocolos assistenciais, equipe e materiais/equipamentos que deverão estar registrados no CNES.

I - Para os estabelecimentos de gestão municipal - envio da documentação necessária para atualização/cadastro no CNES à respectiva Secretaria Municipal de Saúde para solicitação de cadastro dos profissionais, equipamentos e respectivos serviços de apoio/especializados.

II- Para os estabelecimentos de gestão Estadual/Dupla - A documentação necessária deverá ser enviada para Auditoria Estadual, solicitando cadastro dos profissionais, equipamentos e respectivos serviços de apoio/especializados no Sistema CNES.

§ 6º Para adesão ao presente Projeto **MS SAÚDE ,MAIS SAÚDE MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com ênfase na adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura, e às ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

§ 7º Obrigações dos prestadores:

I - Disponibilizar protocolo assistencial das cirurgias;

II- Conforme a Resolução CFM nº 2.371/2023 o estabelecimento deverá informar ao Conselho Regional de Medicina local onde e quando serão realizados os mutirões, as

especialidades atendidas, nome dos profissionais médicos, responsável técnico com número do CRM e Registro de Qualificação Especialista( RQE) dos médicos das equipes( Cirurgiões, Anestesistas e responsáveis pelos atendimentos clínicos).

§ 8º As propostas de adesões aprovadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, serão publicadas em Resolução Estadual em Diário Oficial do Estado (DOE) de MS e deverão ser objeto de Termo Aditivo e/ou Contratos de cada unidade executora.

§ 9º O início da execução dos procedimentos cirúrgicos e exames com finalidade diagnóstica somente ocorrerão após a assinatura do Termo Aditivo ou Contrato com a unidade executante.

**Art. 3º** Em caráter excepcional, a realização dos procedimentos cirúrgicos e os procedimentos com finalidade diagnóstica no âmbito do Projeto **MS SAÚDE,MAIS SAÚDE MENOS FILA** serão remunerados por meio da tabela diferenciada do "VALOR MS SAÚDE 2025 " prevista no Anexo II, III, IV e V desta Resolução.

§1º A Tabela de Procedimentos do SUS, a complexidade dos procedimentos, o tempo de cirurgia, valor de mercado e os valores praticados durante o projeto "ÓPERA e EXAMINA MS" 2021/2022 foram considerados para a composição do valor do Incentivo Estadual.

Os valores do incentivo Estadual "MS Saúde 2025-(OPME) será pago conforme o quantitativo permitido na tabela de compatibilidade do SIGTAP.

§2º O valor MS SAÚDE 2025 indicado no Anexo II,III E IV engloba a remuneração dos procedimentos pré-operatórios (consulta especializada e exames pré-operatórios), intra-operatório (procedimento cirúrgico, curativos e insumos) e pós operatórios (avaliação pós-cirúrgica), garantindo a cada usuário a integralidade do cuidado, incluindo intercorrências pós procedimentos relacionados ao ato cirúrgico executado.

I - rocedimento de **URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA**, o valor do insumo referente ao **CATETER DUPLO J** e da instalação endoscopica de cateter duplo J, está **INCLUSO** no procedimento 0409010596 -**URETEROLITOTRIPSIA TRANS URETEROSCÓPICA**.

II - procedimento de **NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA**, o valor do insumo referente ao cateter duplo J , está **INCLUSO** no procedimento 0409010235 -**NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA**.

III - procedimento de **Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)**, o valor do insumo referente ao **GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE** e **CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE**, está **INCLUSO** no procedimento 04.07.01.036-0 - **GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)**.

IV - procedimento de **GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL**, o valor do insumo referente ao **GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE** e **CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE**, está **INCLUSO** no procedimento 04.07.01.017-3 - **GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL**.

§3º O valor diferenciado dos procedimentos de Cirurgia Bariátrica está incluso o acompanhamento pré e pós-operatório conforme anexo IX desta resolução que está de acordo com a com as Portarias de Consolidação nr 3 e nr 6.

§ 4º A adoção de valores diferenciados da Tabela de Procedimentos do SUS, nos termos do "caput", será viabilizada com a utilização de recursos de fonte estadual indicados no Anexo I, conforme autorizado pelo art. 1.140 da Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde e o Decreto nº 1.451, de 16 de março de 2015 que institui no Estado de Mato Grosso do Sul o Programa "Caravana da Saúde".

§ 5º A distribuição dos recursos entre os Municípios e os estabelecimentos de saúde será definida por ocasião da adesão ao Projeto em conformidade com o teto financeiro do Anexo I, respeitando-se a regionalização e a maior rapidez de acesso ao usuário.

§ 6º Todos os estabelecimentos de saúde que fizerem adesão ao Projeto MAIS SAÚDE- MAIS SAÚDE, MENOS FILA, deverão fornecer os medicamentos (antibióticos e colírios) e nas especialidades que houver a necessidade do anticoagulante disponibilizar conforme prescrição médica no pós operatório de acordo com a Resolução CFM nº

2.371/2023 de 30 de novembro de 2023- Ed.227 - Seção: 1- pág: 48.

§ 7º O Tratamento do pé torto congênito, deverá garantir o tratamento completo com a realização do tratamento cirúrgico e o acompanhamento semanal, mensal, trimestral e semestral para troca de gesso. Os procedimentos cirúrgicos do pé torto congênito constante na tabela são: 0408050349 Revisão Cirúrgica do Pé Torto Congênito, 0408050764 - Tratamento Cirúrgico de Pé Torto Congênito, 0408050772 - Tratamento Cirúrgico de Pé Torto Congênito Inverterado e o procedimento 0303090073 - REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSIONADO EM MEMBRO INFERIOR.

**ART.4º** Considerando o elevado número de atendimentos realizados nas fases anteriores do Projeto MS Saúde, Menos Fila nos quais foram identificadas as necessidades de OPMEs ESPECIAIS para a realização de determinados procedimentos ortopédicos, as mesmas terão o fluxo das solicitações e aprovações publicados em resolução específica.

**Art. 5º** A regulação do acesso dos pacientes atendidos no âmbito do projeto será feita **EXCLUSIVA** pelo sistema CORE em todos os níveis de execução, conforme fluxo de acesso a ser publicado no Diário Oficial do Estado MS após aprovação das adesões.

§1º As centrais de Regulação Municipais, Regionais e Estadual, elencarão as solicitações dos procedimentos a serem inserido no projeto MS SAÚDE - MAIS SAÚDE, MENOS FILA, as quais deverão ser inseridas no sistema CORE.

§2º Todas as solicitações de consultas (1ª consulta) deverão ser inseridas no Sistema de Regulação CORE - Módulo Ambulatorial.

§3º O processo regulatório dos procedimentos (Cirúrgicos/Exames) do projeto considerará prioritariamente, por meio de regulação médica, a fila de espera hospitalar, bem como a gravidade do caso e maior tempo de inserção da ficha, para posterior agendamento.

§4º Os estabelecimentos executantes deverão disponibilizar suas agendas cirúrgicas/exames ao CORE para a realização dos procedimentos, imediatamente após a publicação da aprovação da adesão no DOE.

§5º Todas as solicitações dos exames para finalidade diagnóstica e 1º consulta deverão ser inseridas no Sistema de Regulação CORE - Módulo Ambulatorial;

**§6º O estabelecimento executante deverá disponibilizar as agendas no sistema/CORE com, no mínimo, 10 dias de antecedência, a fim de garantir tempo hábil para o agendamento, o contato com o paciente e a organização do transporte.**

§7º Todos os estabelecimentos executantes das cirurgias eletivas deverão inserir no Sistema CORE- Módulo Leito as cirurgias a serem realizadas.

§8º O estabelecimento executante deverá recepcionar a ficha, registrando no sistema/CORE a confirmação ou não do atendimento, no prazo máximo de **3 dias** após a data do atendimento.

**§9º Se a ficha de atendimento indicar que a solicitação está relacionada a uma ação judicial, o estabelecimento executante deverá informar à Secretaria Estadual de Saúde (SES) sobre as providências que serão tomadas para atender à Decisão Judicial/Defensoria, após a consulta médica. Essa comunicação deve ser feita no prazo máximo de 24 horas, por meio do e-mail cerajudicial@saudemg.gov.br**

**§10º Para maior controle dos exames de cateterismo cardíaco, após a consulta, a ficha deve ser recepcionada pelo executante e a data do agendamento do exame inserida no sistema/CORE.**

§11º Os executantes deverão comprovar capacidade para atender a demanda da sua região de saúde nos procedimentos e exames pactuados.

§12º O executante que demonstrar capacidade apenas para o atendimento da população do município onde está localizado somente será habilitado após indentificado que as necessidades da região de saúde estão asseguradas.

**Art.6º** Para apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), relativo aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e exames com finalidade diagnóstica, serão utilizadas, séries numéricas específicas, para fins de resarcimentos financeiros.

**Art. 7º** O faturamento dos procedimentos com finalidade diagnóstica referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** constantes nos anexos IV e V deverão ser realizados através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI no SIA/SUS e APAC, considerando a utilização de série numérica específica que será disponibilizada pela **AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS - AUDSUS** e o pagamento dos procedimentos serão efetuados após a aprovação no SIA/SUS, nas competências **maio de 2025 até Novembro de 2026**.

**Art.8º** O pagamento dos procedimentos constantes no anexo II ,III e IV, referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** será efetuado após apresentação do processamento das AIHs, APACs e BPAIs, **PROCESSADAS** nas competências **maio de 2025 até novembro de 2025**, considerando a série numérica específica disponibilizada a cada município pela **AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS - AUDSUS** conforme conforme as regras constantes nesta Resolução, quando for o caso.

**Art. 9º** – O pagamento dos procedimentos assistenciais relacionados ao Projeto MS SAÚDE – MAIS SAÚDE, MENOS FILA, constantes nos anexos específicos desta Resolução, será realizado preliminarmente com base na produção apresentada e aprovada pela equipe de auditoria da **AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS – AUDSUS**, utilizando-se as séries numéricas específicas disponibilizadas a cada município para fins de identificação do projeto.

§1º Após o processamento dos dados nos sistemas oficiais do SUS (SIH/SUS, SIA/SUS e demais sistemas pertinentes), será realizada a verificação da conformidade entre a produção preliminarmente aprovada e paga e a produção efetivamente processada e aprovada nos sistemas.

§2º Em caso de divergência entre a produção aprovada preliminarmente e a produção processada nos sistemas de informação, será realizado encontro de contas, com a devida correção financeira dos valores programados, considerando a produção validada como efetivamente executada.

§3º O pagamento, o encontro de contas e os eventuais ajustes financeiros observarão o cronograma de competências definido, compreendendo o período de maio de 2025 a dezembro de 2025.

**Art. 10º** Os atos cirúrgicos (Cirurgias múltiplas – 04.15.01.001-2) sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementariedade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico serão resarcidos seguindo os seguintes critérios:

I – Primeiro Procedimento principal será equivalente ao custeio de 100%;

II – Segundo Procedimento principal equivalente a 75% do valor do segundo procedimento cirúrgico, devendo os procedimentos terem compatibilidade conforme tabela SIGTAP.

III -Procedimento especial equivale ao custeio de 100% do valor do procedimento. Somente poderá ser faturado o procedimento especial na AIH se realizada adesão ao procedimento. Ex.: videoartroscopia- 0408060719.

**Art. 11º** Os atos cirúrgicos (Cirurgias Sequenciais 04.15.02.006-9) com vínculo de continuidade, interdependência e complementariedade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados ao sistema músculo-esquelético, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico a complexidade deste procedimento depende dos procedimentos realizados.

I-Primeiro procedimento principal será equivalente ao custeio de 100%;

II- Segundo procedimento principal equivalente a 75% do valor do segundo procedimento cirúrgico, devendo os procedimentos terem compatibilidade conforme tabela SIGTAP. III -Procedimento especial equivale ao custeio de 100% do valor do procedimento. Somente poderá ser faturado o procedimento especial na AIH se realizada adesão ao procedimento.

**Art. 12º** A Secretaria de Estado de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos do Fundo Especial de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e/ou Hospitais já contratualizados pela SES que fizerem a adesão nos termos desta Resolução, após a aprovação da produção mensal registrada na base de dados

dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), respeitadas o cumprimento das metas.

**Art. 13<sup>a</sup>** O gestor executante e o responsável pela Unidade Hospitalar executante poderão ser fiscalizados pelos órgãos de controle, interno e externo, a qualquer momento durante e após a execução dos procedimentos.

**Art.14<sup>a</sup>** Os municípios sob gestão plena do sistema de saúde deverão encaminhar mensalmente à SES/MS relatório de Produção Apresentada/processada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado 2 (SIHD2), além do Relatório de Produção com assinatura do profissional médico auditor e do gestor municipal conforme modelo constante no Anexo VII e VIII desta Resolução, os municípios sob gestão estadual devem seguir o fluxo já estabelecido pela **AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS – AUDSUS** conforme Anexo XII.

§1º Em caráter excepcional os procedimentos de alta complexidade contratados, os quais apresentarem a crítica “Serviço/classificação não cadastrado e/ou habilitado” no referido sistema SIHD.2 serão resarcidos desde que atendidas as condições do parágrafo §5 do artigo 2º desta resolução.

§2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, apresentar mensalmente o relatório de procedimentos executados para fins de pagamento à Coordenadoria de Projetos Estratégicos, conforme modelo constante Anexo VII e VIII.

§3º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, apresentar relatório de procedimentos executados para fins de monitoramento orçamentário à Coordenadoria de Projetos Estratégicos, após a utilização de 80% do recurso destinado para a execução dos procedimentos, por meio do e-mail: ms.saude.2025@gmail.com

§4º O acompanhamento e o controle serão de responsabilidade de cada componente do Controle, Avaliação e Auditoria, conforme a gestão das unidades executoras.

**Art 15º** Para a adesão de novos prestadores ficam estabelecidos:

§1º Composição de Grupo Misto de Avaliação que deverá ser composto :

I - Representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul- COSEMS-MS garantindo a participação das regiões envolvidas;  
II - Representantes da Secretaria Estadual de Saúde, sendo membros o Secretário Estadual de Saúde, Superintendente de Gestão Estratégica e Membros da Assessoria Técnica Médica.

§2º Critérios de Avaliação

I - Necessidade da região de saúde priorizando:

- a) Demanda reprimida por procedimento;
- b) Número de habitantes por área de abrangência;
- c) Distância de deslocamento;
- d) Capacidade instalada do prestador.

§3º Processo Decisório

I - As decisões serão apresentadas pela Secretaria Estadual de Saúde ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde com registro em ata e divulgação transparente.  
II - Prestadores aprovados serão publicados em resolução Estadual em diário oficial (DOE).

§4º Perodicidade e Revisão

I - O grupo se reunirá conforme demanda, para reavaliação da rede e inclusão de novos prestadores.



II - As inclusões de prestadores no âmbito do Programa deverão ser apresentadas a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) tendo como fundamentação técnica para inclusão a demonstração de necessidade regional baseada em estudos de demanda e análise de capacidade instalada e impacto na redução de filas ou deslocamentos.

III - Para as exclusões dos prestadores deverá ser apresentado justificativa técnica comprovando descumprimento contratual, baixa resolutividade ou irregularidades sanitárias, financeiras, entre outras.

**Art. 16º** Serão passíveis de exclusão os municípios/executores que não seguirem os seguintes critérios:

I - A não utilização do Sistema de Regulação CORE.

II - A não execução dos procedimentos cirúrgicos pactuados no período de 60 dias, sem justificativas.

III - A não garantia do acompanhamento pós operatórios e possíveis intercorrências.

IV - O não preenchimento do módulo MAPA de Leitos no Sistema Core.

V - O não preenchimento do Sistema de Monitoramento do MS SAÚDE.

VI - O não cumprimento dos critérios da Adesão a referente Resolução.

**Art. 17º** A SES fará o acompanhamento e avaliação de qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

**Parágrafo único:** Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada pesquisa de satisfação aos usuários atendidos, com intuito de avaliar o serviço prestado e desfecho dos procedimentos.

**Art. 18º** A SES/MS poderá, a qualquer tempo e durante a vigência desta Resolução, repactuar os limites financeiros programados ou remanejá-los, para os Municípios e/ou Hospitais contratualizados e, ainda, alterar o rol de procedimentos, repactuar o fluxo de regulação, visando ao melhor cumprimento do projeto.

**Parágrafo Único:** Mensalmente será apresentado, no âmbito do COSEMS e na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a partir do mês de maio de 2025, um relatório consolidado contendo:

- Número de procedimentos e exames realizados, discriminados por região de saúde;
- Valor total pago por região de saúde;
- Saldo disponível no Programa MS Saúde, Mais Saúde Menos Fila;
- Demanda reprimida (se aplicável), para fins de planejamento e ajustes necessários.

**Art. 19º** Ficam revogadas as disposições em contrário.

**Art. 20º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2025.

**Mauricio Simões Corrêa**  
Secretário de Estado de Saúde

## ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025

FONTE	VALOR
FONTE DO TESOURO ESTADUAL	R\$ 32.000.000,00

## ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025

## ROL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

## VIAS AÉREAS SUPERIORES

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 1.641,70
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 2.104,70
04.04.02.052-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	R\$ 2.454,40
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	R\$ 1.706,00
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	R\$ 3.295,15
04.04.02.050-0	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	R\$ 2.945,65
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	R\$ 3.295,15
04.04.02.054-2	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	R\$ 1.262,00
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R\$ 913,65
04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	R\$ 1.816,65
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 965,75
04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	R\$ 1.805,55
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 3.785,65
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 2.417,75
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 2.969,52
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 3.708,90
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 2.089,08

04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.839,42
04.04.010.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.920,82
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 1.736,08
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 2.084,39
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 2.113,82
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.854,71
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 4.275,00

**CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO ( BPAI)	R\$ 838,20
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 430,44
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 814,96
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 315,00
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 1.797,76
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 451,08
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVA	R\$ 689,08
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 2.045,61
04.05.02.001-5	CORRECAO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 4.154,40
04.05.03.013-2	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 1.905,40
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 5.334,58
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 8.366,24
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/ OLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$ 9.403,68
04.05.05.028-3	EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 1.089,76
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 1.543,20
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 5.839,10

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://imprensaoficial.ms.gov.br>

## CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL

CÓD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.211,58
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 4.225,59
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 2.365,35
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 1.234,05
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.699,60
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 1.884,75
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 2.174,95
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 1.803,30
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.296,69
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	R\$ 1.337,67
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 2.087,16
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 2.806,06
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 3.473,58
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.135,21
04.07.01.029-7	TRATAMENTO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 2.681,21
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 3.487,19
COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.09.01.02.3-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 9.182,00
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 1.413,34
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	R\$ 2.050,90
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2.406,03
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 2.470,60
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.416,58
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 1.862,72

04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 1.862,72
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 2.362,15
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIOPSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 1.864,80
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIOPSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 1.864,80
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 3.294,15
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 3.909,65
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 3.909,65
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	R\$ 2.770,00
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 1.926,60
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.800,35
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 9.073,92
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 5.518,20
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 1.095,60
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 1.862,72
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.507,70
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	R\$ 3.406,32
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL COM CATETER	R\$ 2.478,64
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.941,60
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA	R\$ 2.661,28

**CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 3.333,92
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.768,76
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 601,56
03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$ 785,24

**CIRURGIA BARIÁTRICA**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.07.01.038-6	CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 30.725,00
04.07.01.036-0	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA( SLEEVE)	R\$ 20.475,00
04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL	R\$ 21.750,00

**CIRURGIA REPARADORA**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 2.703,84
04.10.01.007-3	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA	R\$ 3.058,02
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NAO ESTETICO DA ORELHA	R\$ 1.959,40

**CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA PÓS BARIÁTRICA**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS BARIÁTRICA	R\$ 4.257,60
04.13.04.025-9	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 5.261,00
04.13.04.005-4	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL POS CIRURGIA BARIATRICA	R\$ 4.311,75
04.13.04-006-2	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL POS CIRURGIA BARIATRICA	R\$ 4.311,60
04.13.04.007-0	DERMOLIPECTOMIA CRURAL PÓS BARIÁTRICA	R\$ 4.311,75

**CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 2.993,91
04.06.02.023-0	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	R\$ 2.997,06
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$ 1.430,64
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 1.430,64
04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 71,04
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 2.553,78
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 4.035,72
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ 138,96
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 937,02
04.16.08.003-0	EXCISÃO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 2.377,08

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://imprensaoficial.ms.gov.br>

04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROT DE RETALHO	R\$ 2.140,86
04.01.02.006-1	EXÉRESE DE CISTO BRANQUIAL	R\$ 2.086,62
04.01.02.009-6	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 2.880,36
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 74,76
04.06.02.020-5	LINFADENECTOMIA PROFUNDA	R\$ 230,34
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 2.704,98
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 1.217,28
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DE BOCA	R\$ 2.047,80
04.01.01.013-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA DO PESCOCO (POR APROXIMACAO)	R\$ 179,16
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 2.061,72
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$ 4.999,30
04.06.02.024-8	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	R\$ 2.895,24

04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 4.292,08
04.02.01.005-1	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 3.071,08
04.16.03.029-7	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL EM ONCOLOGIA	R\$ 2.746,50
04.16.03.004-1	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR EM ONCOLOGIA	R\$ 2.443,57
04.16.03.031-9	MANDIBULECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 17.723,49
04.16.03.003-3	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBLINGUAL EM ONCOLOGIA	R\$ 2.289,03
04.16.08.001-4	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 1.188,54
04.16.03.024-6	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA	R\$ 2.975,73
04.16.03.021-1	FARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 6.807,12
04.16.03.022-0	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 8.849,28
04.16.03.007-6	GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 12.112,23
04.16.03.025-4	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 6.376,38
04.16.03.026-2	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 17.456,04
04.16.03.033-5	LIGADURA DE CARÓTIDA EM ONCOLOGIA	R\$ 2.731,50
04.16.02.018-6	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCEIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 7.529,19

04.16.02.017-8	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA EM ONCOLOGIA	R\$ 7.529,19
04.16.03.030-0	MANDIBULECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 13.292,61
04.16.03.017-3	MAXILECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 11.437,26
04.16.03.018-1	MAXILECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 11.437,26
04.16.03.009-2	PAROTIDECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 4.584,75
04.16.03.019-0	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 22.154,34
04.16.03.028-9	RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÃO EM ONCOLOGIA	R\$ 2.731,50
04.16.03.035-1	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL EM ONCOLOGIA	R\$ 3.086,76
04.16.03.023-8	RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA	R\$ 6.376,32
04.16.03.034-3	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	R\$ 2.731,50
04.16.03.036-0	RESSECÇÃO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA	R\$ 12.559,92
04.16.03.014-9	RESSECÇÃO EM CUNHA DE LABIO E SUTURA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.172,16
04.16.03.006-8	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 3.231,45
04.16.03.020-3	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	R\$ 11.361,21
04.16.03.002-5	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	R\$ 2.374,47
04.16.03.032-7	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	R\$ 2.374,47
04.16.09.013-3	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	R\$ 11.916,63
04.16.03.015-7	RESSECÇÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO OU RETALHO EM ONCOLOGIA	R\$ 2.374,47
04.16.03.016-5	RESSECÇÃO TOTAL DE LABIO E RECONSTRUCAO COM RETALHO MIOCUTANEO EM ONCOLOGIA	R\$ 5.111,19
04.16.03.027-0	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 8.508,90
04.16.03.008-4	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 6.702,00
04.16.02.019-4	MEDIASTINOSCOPIA/LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.443,74

**CIRURGIA DE ANOMALIA DE CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	R\$ 179,16
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINEQUIAS	R\$ 115,11



04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	R\$ 517,89
04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 3.750,80
04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA REDUÇÃO OU CORREÇÃO DA HIPERTROFIA DO LÁBIO	R\$ 2.661,28
04.04.03.017-3	SEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.685,48
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFORAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 1.884,75
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	R\$ 2.731,50
04.04.02.024-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 2.731,50
04.04.02.022-4	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	R\$ 2.731,50
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 1.864,80
04.04.03.016-5	RINOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.685,48
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 2.685,48
04.04.03.013-0	RINOSEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.685,48
04.04.03.022-0	IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUZO-MAXILO-FACIAL	R\$ 2.661,28
04.04.03.015-7	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.731,50
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÂO ESTÉTICA	R\$ 2.685,48
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$ 2.187,38
04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.861,68
04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASais EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 1.089,68
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 530,46
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 386,30
04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	R\$ 1.318,06
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	R\$ 1.318,06
04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	R\$ 598,48
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS	R\$ 104,00
04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	R\$ 726,66
04.04.02.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$ 1.044,66
04.04.02.069-0	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	R\$ 4.688,50
04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	R\$ 734,84

04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$ 682,60
04.04.02.078-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	R\$ 831,06
04.04.03.001-7	ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 864,48
04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 742,26
04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	R\$ 742,26
04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	R\$ 2.187,38
04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 1.089,48
04.04.03.026-2	PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.851,68
04.04.03.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.851,68
04.04.03.028-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA FISSURA FACIAL RARA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 3.865,40
04.04.03.030-0	REMODELAÇÃO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 4.688,50
04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL	R\$ 1.048,40
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R\$ 30,04
04.14.01.037-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 252,00
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTOIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 590,18
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 1.352,52
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.514,26
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 967,10
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 753,50
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA (TIMPANOPLASTIA)	R\$ 22,56
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TIMPANO	R\$ 29,32
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILACAO	R\$ 113,68
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 1.155,92
04.04.03.004-1	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 975,22
04.04.03.019-0	TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 888,40
04.04.03.012-2	LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 2.187,00
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	R\$ 642,40

04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 401,52
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 1641,70

**ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025****ROL DE PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO	VALOR OPME	VALOR TOTAL (OPME+PROC)
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$18.383,33	R\$ 36.404,38
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 9.772,50	R\$14.287,28	R\$ 22.059,78
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$ 2.362,05	R\$ 20.443,10
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 10.401,76	R\$17.217,50	R\$ 27.619,26
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$ 8.714,41	R\$ 26.795,46
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 10.244,00	R\$ 9.188,95	R\$ 19.432,95
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$10.195,59	R\$ 28.276,64
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 9.184,50	R\$ 6.187,10	R\$ 15.371,60
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$ 7.902,72	R\$ 26.033,62
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 13.472,68	R\$ 7.952,62	R\$ 21.452,30
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 9.184,50	R\$ 6.187,10	R\$ 15.371,60
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 14.080,89	R\$16.875,68	R\$ 30.956,57
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 14.080,89	R\$25.919,74	R\$ 40.000,68
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRÊS NÍVEIS	R\$ 14.080,89	R\$20.283,33	R\$ 36.364,22
04.08.03.013-5	ARTRODESE TERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 12.244,25	R\$ 9.981,12	R\$ 22.225,37
04.08.03.024-0	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 11.181,76	R\$10.195,18	R\$ 21.376,94

04.08.03.025-9	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$11.237,88	R\$ 29.408,93
04.08.03.028-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$20.605,48	R\$ 38.686,53
04.08.03.027-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$12.217,64	R\$ 30.298,69
04.08.03.026-7	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL)	R\$ 11.195,41	R\$12.217,64	R\$ 23.413,05
04.08.03.029-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NIVEIS	R\$ 18.081,05	R\$19.776,04	R\$ 37.857,09
04.08.03.030-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS,	R\$ 18.081,05	R\$19.289,78	R\$ 37.370,83
04.08.03.031-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$25.858,82	R\$ 43.939,87
04.08.03.032-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NÍVEIS	R\$ 18.081,05	R\$25.580,66	R\$ 43.661,71
04.08.03.023-2	ARTRODESE TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 11.194,89	R\$ 7.362,38	R\$ 18.557,27
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RADIO	R\$ 1.837,29	R\$ 923,79	R\$ 2.761,08
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 10.414,17	R\$ 8.855,03	R\$ 19.269,20
04.08.02.006-7	ARTROPLASTIA DE PUNHO	R\$ 1.601,80	-	R\$ 1.601,80
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 10.629,26	R\$ 8.148,97	R\$ 18.778,23
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 13.222,77	R\$24.448,81	R\$ 37.671,58
04.08.01.005-3	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL TOTAL	R\$ 3.848,91	R\$ 1.823,61	R\$ 5.672,52
04.08.01.003-7	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NAO CONVENCIONAL)	R\$ 3.848,91	R\$ 2.649,75	R\$ 6.498,66
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	R\$ 3.986,78	R\$ 1.480,02	R\$ 5.466,80
04.08.01.006-1	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 3.885,70	R\$ 4.563,78	R\$ 8.449,48

04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 10.209,29	R\$ 7.789,01	R\$ 17.998,30
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	R\$ 12.454,59	R\$ 12.659,14	R\$ 25.113,73
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	R\$ 3.217,05	R\$ 3.945,42	R\$ 7.162,47
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 8.828,80	R\$ 30.225,70	R\$ 39.054,50
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 10.749,25	R\$ 5.660,47	R\$ 16.409,72
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 12.879,41	R\$ 6.749,45	R\$ 19.628,86
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	R\$ 9.567,14	R\$ 9.403,39	R\$ 18.970,53
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 7.506,46	R\$ 5.258,45	R\$ 12.764,91
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 2.136,60	-	R\$ 1.388,60
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 11.181,76	R\$ 57,61	R\$ 11.239,37
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$ 6.535,62	-	R\$ 6.535,62
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 11.608,48	-	R\$ 11.608,48
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 4.970,62	-	R\$ 4.970,62
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATE 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 11.181,76	-	R\$ 11.181,76
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 8.729,50		R\$ 8.729,50-
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 11.222,38	-	R\$ 11.222,38
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 11.090,76	-	R\$ 11.090,76
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 11.090,76	-	R\$ 11.090,76
04.08.01.010-0	OSTECTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 2.971,20	-	R\$ 1.931,28

04.08.01.011-8	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 2.971,20	R\$ 771,07	R\$ 2.618,82
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORMOZELO	R\$ 3.673,19	R\$ 806,70	R\$ 4.479,89
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 4.920,57	R\$ 2.259,40	R\$ 7.179,97
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 8.030,12	R\$ 2.394,51	R\$ 10.424,63
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 8.010,90	R\$ 2.331,80	R\$ 10.342,70
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 4.235,20	R\$ 592,80	R\$ 3.769,13
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 914,90	-	R\$ 548,94
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	R\$ 1.913,86	-	R\$ 1.913,86
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	R\$ 3.440,52	R\$ 4.339,78	R\$ 7.780,30
04.08.03.064-0	REVISAO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTORSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$ 9.184,50	-	R\$ 9.184,50
04.08.03.062-3	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$ 10.492,56	-	R\$ 10.492,56
04.08.03.063-1	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$ 10.478,72	-	R\$ 10.478,72
04.08.03.061-5	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	R\$ 12.532,72	-	R\$ 12.532,72
03.03.09.007-3	REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 253,10	-	R\$ 253,10
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	R\$ 2.089,40	R\$ 351,89	R\$ 1.710,00
04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 1.491,10	-	R\$ 1.491,10
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$ 1.750,24	R\$ 879,37	R\$ 2.629,61
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	R\$ 4.210,30	-	R\$ 2.738,45

04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 2.464,47	R\$ 678,90	R\$ 3.143,37
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$ 3.465,30	-	R\$ 2.252,45
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 1.884,75	-	R\$ 1.567,48
04.08.03.080-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS	R\$ 24.579,95	R\$ 40.100,00	R\$ 64.679,95
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 3.775,90	R\$ 252,19	R\$ 2.706,52
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX RIGIDOS	R\$ 1.884,75	R\$ 514,48	R\$ 2.125,48
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGO COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METARSIANO	R\$ 2.135,00	-	R\$ 2.135,00
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGO SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METARSIANO	R\$ 2.020,00	R\$ 1.622,54	R\$ 3.642,54
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	R\$ 2.281,57	R\$ 1.750,32	R\$ 4.031,89
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 2.281,57	R\$ 3.075,21	R\$ 5.352,78
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	R\$ 2.840,06	-	R\$ 2.840,06
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	R\$ 3.445,20	R\$ 3.787,82	R\$ 7.233,02
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 4.920,57	R\$ 500,00	R\$ 5.420,57
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 4.282,20	R\$ 556,56	R\$ 4.838,76
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$ 1.200,00	-	R\$ 1.200,00
0408040190	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA	R\$ 1.325,10		
0408060069	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	R\$ 7.178,47	R\$ 590,00	R\$ 7.768,47
0408060620	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	R\$ 6.133,50	R\$ 525,36	R\$ 6.660,86
0408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	R\$ 10.629,25		

## ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025

## ROL DE EXAMES DIAGNÓSTICOS

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 150,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 550,00
03.09.03.010-2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)	R\$ 1.892,00
03.09.03.011-0	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIOES RENAIAS)	R\$ 1.655,50
03.09.03.012-9	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)	R\$ 1.892,00
03.09.03.013-7	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIAS)	R\$ 1.655,50
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	R\$ 40,60
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 820,16
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 253,44
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COM BRONCODILATADOR	R\$ 40,00
02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 154,98
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 150,00
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 150,00
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 150,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	R\$ 270,00
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 265,92
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 192,00
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA( VIA TRANSRETAL)	R\$ 811,24
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 35,25
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL(DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 231,81
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/OU SEM ESTÍMULO	R\$ 307,62
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO PARA PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 446,29
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 465,61
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 499,00
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA ATIVA	R\$ 550,31

02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 582,65
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 657,76
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 657,76
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 668,47
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 751,98
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 1.013,01
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 1.340,75
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/GALIO 67	R\$ 1.601,43
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/GALIO 67	R\$ 1.601,43
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/GALIO 67	R\$ 1.601,43
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEA C/GALIO 67	R\$ 1.601,43
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67 PARA PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 3.173,80
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 466,41
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 381,29
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 1.185,45
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 631,12
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 1.429,82
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADE	R\$ 399,07
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 1.135,89
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 270,48
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM TESTE DE SUPRESSAO/ESTIMULO	R\$ 375,55
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 504,77
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 473,83
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 618,52
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO ( MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 448,42
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO ( MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 456,75
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/DIURETICO	R\$ 578,34
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00

02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 490,00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 105,00
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA NÃO ATIVA	R\$ 1.087,87
02.10.01.004-5	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 569,19
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 156,33
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 192,00
02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 411,03
02.10.01.005-3	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 511,32
02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 603,03
02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 603,03
02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 538,38
02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENÇA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 1.512,99
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 1.513,29
02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 1.513,29
02.10.01.012-6	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 511,32
02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 604,53
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 603,03
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA/EXCRETORA	R\$ 172,20
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 431,98
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 570,93
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNAS, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMITORAX( PULMÃO OU DO MEDIASTINO)	R\$ 260,00
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00

02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 2.100,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 437,50
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 903,13
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 60,50
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 117,85
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 90,05
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 670,00
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 670,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 670,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 670,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 670,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 670,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 670,00
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 670,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 670,00
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 670,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 670,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 670,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSIONÂNCIA	R\$ 670,00
02.07.03.005-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	R\$ 670,00
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	R\$ 551,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 330,00
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 330,00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 135,72

02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 48,40
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 48,40
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 48,40
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 48,40
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 48,40
02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 91,66
02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	R\$ 123,54
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 81,56
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATENCIA	R\$ 93,76
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 260,00

**ANEXO V DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025****ROL DE EXAME DIAGNÓSTICOS COM SEDAÇÃO**

COD_SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 727,26
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 546,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO- C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00

02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 706,00
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.002-1	RESSONANÇIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL) ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.0048	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.03.005-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.122,00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE ( COM SEDAÇÃO)	R\$ 1.353,13

## ANEXO VI DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025

### Declaração de Adesão Programa de Cirurgias Eletivas

O município XXXX, por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxxxx, DECLARO para fins de adesão do Projeto MS SAÚDE – MAIS SAÚDE, MENOS FILA, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2025/2026, que executaremos os procedimentos conforme relacionados abaixo, com os respectivos códigos, valores, capacidade de realização mensal dos procedimentos e declaramos ainda que possuímos capacidade instalada, recursos humanos, insumos e protocolo assistencial para cada especialidade cirúrgica, necessário para a realização dos mesmos e concordamos com a utilização do sistema CORE.

Proposta de Execução

Nome do Município executante	Nome da Unidade Executante	CNES da CNES Unidade	Nome Procedimento	Código do Cód. Procedimentos Sigtap	Valor do proc. Valor Procedimento MS Saúde	Quantidade de Qtdade procedimentos mês	Quantidade de Qtade procedimentos anual	Valor Total Projeto MS Saúde

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) do Hospital)  
 (Nome e ssignatura do Gestor Municipal).

**ANEXO VII DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025****PLANILHA DE ATENDIMENTO ( PROCEDIMENTO AIH E APAC)**

Número da AIH ou APAC	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Número da ficha do CORE	Data da Internação (AIH) Data da cirurgia (APAC)	Data da Alta	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado do SIGTAP	Lateralidade	Qtdade	CID	Valor MS SAUDE 2025

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura do Auditor****Assinatura do Gestor****ANEXO VIII DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025**DOCUMENTO  
ASSINADO  
ELETRONICAMENTEA autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://imprensaoficial.ms.gov.br>

## PLANILHA DE ATENDIMENTO( PROCEDIMENTO BPAI)

Número do BPAI	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Número da ficha do CORE	Data realização do procedimento	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado do SIGTAP	Lateralidade	Qtdade	CID	Valor MS SAUDE 2025

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura do Auditor****Assinatura do Gestor****ANEXO IX DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025**

**PRÉ REQUISITO PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS BARIÁTRICAS** levando em consideração as Portarias nº 424 e nº 425, de 19 de março de 2013 e nº 482, de 6 de março DE 2017 do Ministério da Saúde e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos (Ministério da Saúde, 2020);

**ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO ESPECIALIZADA : ACOMPANHAMENTO NO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA.**

Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação, esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS;

Inserção da ficha de Consulta Médica na Atenção Especializada Bariátrica no Sistema/Core e anexar os laudos de Acompanhamento da Equipe Multiprofissional no período de 2 anos, do município de residência do paciente;

Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Hospitalar (após os 18 meses);

**ATENÇÃO HOSPITALAR:**

DOCUMENTO  
ASSINADO  
ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://imprensaoficial.ms.gov.br>

A Unidade Executora deve considerar os laudos de acompanhamento da equipe multi profissional no período de 2 (dois) anos, do município de residência. Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Básica/Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras morbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde. Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas nesta resolução; Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde. Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade (no período de 18 meses). Realizar contrarreferência em casos de alta do acompanhamento da Atenção Hospitalar (após os 18 meses) para os serviços de atenção básica/especializada.

### **SERVIÇO AMBULATORIAL OFERTADO PELA UNIDADE EXECUTORA( HOSPITAL) NO PRÉ OPERATÓRIO**

O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional do Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. A assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória (fase inicial e fase secundária) aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, CONFORME TABELA ABAIXO.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

PRÉ-OPERATÓRIO/ FASES	AVALIAÇÕES
<b>Fase inicial</b>	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginecologista.
	Indivíduos com IMC $\geq$ 50 kg/m <sup>2</sup> recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do sobrepeso no pré-operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança de hábitos com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
<b>Fase secundária</b>	<b>AVALIAÇÃO DO RISCO CIRÚRGICO</b>  Exames pré-operatórios: radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdomen total, esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTP, creatinina, sódio, potássio, bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, cloretos, ferro sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, uréia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol total, HDL, triglicérides, glicose pós-dextrosol, insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepatite B, C e HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25(OH) vitamina D3).

### **SERVIÇO AMBULATORIAL OFERTADO PELA UNIDADE EXECUTORA (HOSPITAL) NO PÓS- OPERATÓRIO**

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma.

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau II com comorbidades e grau III devem garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses.

Inserir no Sistema /Core todos os Acompanhamentos pós Cirurgia Bariátrica, realizados por equipe multiprofissional até 18 meses, conforme descrito tabela abaixo.

#### **CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIOS**



Entre 15 a 30 dias (1º mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.
No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

### **EXAMES PÓS- OPERATÓRIO REALIZADO PELA UNIDADE EXECUTANTE HOSPITAL**

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses:

- 1-Hemograma completo
- 2-Proteínas totais e frações
- 3-Zinco, dosagem de cálcio
- 4-Dosagem de vitamina B1
- 5-Folato, dosagem de ferritina
- 6-Triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D
- 7-Dosagem de colesterol HDL
- 8-Dosagem de colesterol LDL
- 9-Dosagem de colesterol total

Obs: TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA BARIÁTRICA (EXAMES LABORATORIAIS/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA), ESTÃO INCLUSOS NO VALOR DO PROCEDIMENTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA.

### **INDICAÇÃO CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA:**

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

- a) Mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- b) Abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em austral e desequilíbrio da coluna; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).
- c) Excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

**CONTRAINDICAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA: AUSÊNCIA DE REDUÇÃO DE PESO (FALTA DE ADERÊNCIA AO TRATAMENTO).**



**ANEXO X DA RESOLUÇÃO SES N. 369, DE 28 DE ABRIL DE 2025**

Dispõe sobre a revisão, autorização e processamento de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual para o projeto MS SAÚDE- MAIS SAÚDE, MENOS FILA e Ampliação do Acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul.

Serão consideradas para efeito revisão, autorização e processamento exclusivamente os procedimentos que estejam dentro de princípios éticos, mediante registro da evolução clínica do paciente, propriedade na indicação e solicitação de exames e respectiva terapêutica, indicação de cirurgia e compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico ou quadro clínico apresentado, conforme SIH □ Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema □ 2017 (Manual SIHSUS), aprovado pela PT/GM/MS 3.950 de 28/12/2017 versão atualizada no site [http://sihd.datasus.gov.br/documentos\\_documentos\\_sihsus2.php](http://sihd.datasus.gov.br/documentos_documentos_sihsus2.php).

**Para a revisão e autorização dos procedimentos cirúrgicos:**

A revisão e a autorização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão efetuadas mediante a apresentação pelos estabelecimentos de saúde vinculados à gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) da produção informada nos sistemas de captação de informações do SUS, devendo estar de acordo com as exigências normatizadas e compatíveis com as informações contidas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), atualizados na versão da competência corrente.

Os Laudos Médicos para Emissão de AIH e APAC de caráter eletivo deverão ser apresentados para autorização previamente à realização do procedimento e deverão estar acompanhados de exames pré-operatórios (conforme o caso) que corroboram a indicação de cirurgia eletiva.

Durante a fase de laudos os procedimentos cirúrgicos devem ser apresentados com o respectivo Registro Geral de Operações (RGO) com a descrição cirúrgica, ficha de anestesia, relatório de alta e agendamento de consulta de retorno, carimbados e assinados pelos respectivos profissionais médicos, conforme Manual SIHSUS.

a) Os procedimentos cirúrgicos devem ser realizados por uma equipe mínima composta de médico cirurgião, médico auxiliar e médico anestesista;  
b) No caso de procedimentos com retirada de peça cirúrgica, as respectivas AIH devem ser acompanhadas do resultado do exame anatomo-patológico correspondente;

c) A descrição cirúrgica é responsabilidade do profissional que realiza procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico, descrever os tempos cirúrgicos, conter informação da lateralidade a ser operada, quando couber, data, horário de início e final do procedimento e a relação das OPME, se utilizadas;

d) A ficha anestésica contém dados fisiológicos e farmacológicos, data e hora que são informados pelo médico anestesista durante todo o procedimento cirúrgico;

e) Para as OPME devem ser fixado etiquetas de identificação na RGO e na solicitação de procedimentos especiais conforme RDC Anvisa nº 556, 30/08/2021;

f) Para autorização só serão consideradas as OPME compatíveis com o procedimento segundo a tabela SIGTAP;

g) Não é permitida a realização concomitante do ato cirúrgico e ato anestésico pelo mesmo profissional médico, conforme Resolução CFM 1670/03 e **Resolução CFM 1802/2006, com exceção de procedimentos de urgência/emergência.**

As documentações necessárias para a revisão, autorização e processamento das informações seguiram o previsto nas orientações técnicas definidas pela AudSUS.

A inconformidade de situação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos profissionais, serviços e estabelecimentos, assim como irregularidades na apresentação do prontuário resultam em glosa.

**Dos prazos:**

As solicitações de pré-autorização de procedimento deverão ser encaminhadas a AUDSUS por planilhas e anexos **às segundas e quartas-feiras, ou** no próximo dia útil, em caso de feriados;

A partir do recebimento da solicitação de autorização de AIH/APAC, a AUDSUS terá 05 dias úteis para avaliar a solicitação e devolução do processo;

A partir da data de pré-autorização do Laudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e das APACs eletivas, os procedimentos vinculados ao projeto MS SAÚDE – Mais Saúde, Menos Fila deverão ser realizados no prazo máximo de **60 dias**. Após esse período, o laudo perderá sua validade, sendo necessária uma nova solicitação.

Após a autorização, os estabelecimentos terão até duas competências subsequentes para apresentar a produção para fins de processamento.

O não cumprimento desses prazos poderá resultar na não autorização e no não processamento dos procedimentos.

### AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS – AIH

ETAPA	MEIO DE APRESENTAÇÃO	REQUISITOS OBRIGATÓRIOS	MOMENTO DA INTERNAÇÃO	ANÁLISE PELA GCSIS	DESDOBRAMENTOS
Pré autorização	Planilha VI A (planilha de pré autorização laudo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar cópia de laudos de Exames pré-operatórios.</li> <li>- Informar história clínica com justificativa p/ realização do procedimento descrita na planilha</li> <li>- Anexar cópia Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/ emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente)</li> </ul>	Pré-agendamento Anterior à internação	Simultânea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizado</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul>
	CORE (pré-autorização)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar exames pré-operatórios.</li> <li>- Anexar cópia do Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/ emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente)</li> </ul>	Pré-agendamento Anterior à internação		

Autorização de laudo de AIH	Planilha VI (planilha de laudo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar as datas: da pré autorização, data internação, data cirurgia e da alta hospitalar</li> <li>- Informar na planilha e anexar cópias: solicitação de procedimentos especiais (diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc.</li> <li>- Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM</li> <li>- Anexar cópia de Rx pós cirúrgico e do Laudo de exame anatomo-patológico (se for o caso)</li> <li>- Informar na planilha e anexar cópias RGO, Ficha de anestesia, Sumário de Internação.</li> </ul>	Após alta hospitalar	Conforme cronograma AUDSUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizada*</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul> <p>* Libera número de AIH</p>
	CORE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar as solicitações de procedimentos especiais: diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc.</li> <li>- Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM.</li> <li>- Anexar cópias RGO, ficha de anestesia, Rx pós operatório (ortopedia)</li> <li>- Preencher Sumário de Internação.</li> </ul>	Concomitante à internação, com preenchimento simultâneo no sistema das fases de admissão, manutenção, autorização, finalização.	Conforme Cronograma AUDSUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizado*</li> <li>- Recusado</li> </ul> <p>*Libera número de AIH informado na planilha</p>
Autorização e s p e - lho DE AIH	Planilha VII (planilha de espelhos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar arquivos de exportação do SISAIH01 (para o SIHD e SISAIH01)</li> <li>- Cópia de laudo de a anatomo-patológico</li> </ul>	Após alta hospitalar	Conforme Cronograma AUDSUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizado*</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul> <p>*Processamento das informações no SIHD</p>

Obs.: As cópias dos documentos devem conter identificação do paciente, sendo eles: Laudos de solicitação de internação - assinatura e carimbo do médico solicitante;

Laudos de solicitação de procedimentos especiais - assinatura e carimbo do médico solicitante;  
 Registro Geral de Operação - assinatura e carimbo dos médicos componentes da equipe cirúrgica;  
 Ficha de anestesia - médico anestesista;  
 Sumário de Internação - médico responsável pelas informações registradas.

## AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

Etapa	Meio de apresentação	Documentos obrigatórios*	Momento da autorização	Análise pela GCSIS	Desdobramentos
Pré autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (pré-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de solicitação/autorização da APAC (preenchida e assinada pelo médico solicitante);</li> <li>- Lista nominal de pacientes;</li> <li>- Cópia ou descrição de laudos de exames pré operatórios (tonometria, mapeamento de retina, microscopia especular, acuidade visual e biometria)</li> </ul>	Anterior à cirurgia	Semanal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizado</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul>
Autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (Pós-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laudo de solicitação autorização da APAC.</li> <li>- Lista Nominal de pacientes (com as datas: da autorização, da cirurgia ambulatorial e do agendamento da consulta pós-cirúrgica);</li> <li>- Etiqueta da lente óptica inserida (colar na ficha de RGO);</li> <li>- RGO, Ficha de anestesia;</li> <li>- Sumário de alta ambulatorial.</li> </ul>	Após à cirurgia	Conforme Cronograma AUDSUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizada**</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul> <p>** Libera número de APAC</p>
Autorização espelho de APAC	Lista Nominal (espelhos) + Documentos impressos e digitalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar arquivos de exportação da APAC</li> </ul>	Após à cirurgia	Conforme Cronograma AUDSUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorizado**</li> <li>- Para correção (situações especificadas)</li> <li>- Não autorizado</li> </ul> <p>**Processamento das informações no sistema APAC</p>

Obs.: São considerados documentos obrigatórios:

Lista nominal preenchida com as informações requeridas em cada uma das etapas do processo de autorização segundo os modelos disponibilizados pela AUDSUS; Exames pré-operatórios que comprovem o diagnóstico e a indicação do procedimento solicitado;

Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial (APAC) total e corretamente preenchido pelo médico solicitante; Registro Geral de Cirurgia (RGO), Ficha de anestesia, assinadas pelos profissionais responsáveis pelos procedimentos realizados; Etiqueta da lente inserida na cirurgia; Sumário de alta ambulatorial: é uma ficha na qual o médico assistente deve informar as condições clínicas do paciente pós-cirúrgica, bem como, as orientações fornecidas ao paciente quanto aos cuidados com curativo, uso de medicamentos, e/ou outras informações pertinentes\*\*\*.

\*\*\*No sumário de alta deve ser informado data e local da próxima avaliação pós-cirúrgica (consulta) conforme exigência.