



**PREFEITURA DE
SOBRAL**



ANEXO I – PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL



PLANO OPERATIVO

Parte integrante do Processo de Contratualização 2025

Modalidade: Orçamentação Global

- 1- Identificação da instituição;
- 2- Caracterização da instituição;
- 3- Capacidade instalada com descrição da estrutura física e tecnológica;
- 4- Recursos humanos;
- 5- Assistência ambulatorial - média complexidade;
- 6- Assistência ambulatorial - alta complexidade;
- 7- Assistência ambulatorial - FAEC;
- 8- Assistência hospitalar - média complexidade;
- 9- Assistência hospitalar - alta complexidade;
- 10- Assistência hospitalar – FAEC
- 11- Incentivos e Incrementos Federais;
- 12- Incentivos e Incrementos Estaduais;
- 13- Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) - FAEC;
- 14- Programa Agora Tem Especialistas - Componente Créditos Financeiros
- 15- Programação orçamentária;
- 16- Consolidado do repasse de incentivos, incrementos e PMAE;
- 17- Consolidado geral da nova contratualização;
- 18- Atenção à saúde: compromissos gerais.

ANEXO - Cronograma de desembolso



1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Razão Social: Santa Casa de Misericórdia de Sobral			
Nome Fantasia: Santa Casa de Misericórdia de Sobral			
CNES: 3021114		CNPJ: 07.818.313/0001-09	
Endereço: Rua Antônio Crisóstomo de Melo, nº 919 - Centro			
Cidade: Sobral	UF: CE	CEP: 60.010-550	DDD/Telefone: (88) 3112-0400
Responsável Legal: Renata Albadejo Morbeck			CPF:
Cargo:			
Endereço:			CEP:

Fonte: CNES 3021114, consulta em 15/09/2025.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Tipo de Estabelecimento: ☒ Geral ☐ Especializado	Porte Hospitalar: ☐ Pequeno (< 200 leitos) ☐ Médio (200-399 leitos) ☒ Grande (> 400 leitos)
Tipo de Atendimento: ☒ SADT ☒ Ambulatorial ☒ Hospitalar	Gestor do SUS signatário: ☐ Estadual ☒ Municipal
Nível de Atenção: ☒ Alta Complexidade ☒ Média Complexidade	
Serviço de Urgência e Emergência: ☒ Sim ☐ Não	
Profissionais: Nº Médicos = 458 Nº Médicos Residentes = 90 Nº Outros Profissionais Superior: 442 Nº de Profissionais de Nível Médio: 1.518	

Fonte: CNES 3021114, consulta em 28/09/2025.

3. CAPACIDADE INSTALADA COM DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA

3.1. LEITOS

3.1.1. LEITOS CLÍNICOS

LEITOS	EXISTENTE	SUS
31 - AIDS	2	2
33 - CLÍNICA GERAL	64	64
36 - GERIATRIA	4	4
38 - HEMATOLOGIA	4	4
42 - NEUROLOGIA	13	13
44 - ONCOLOGIA	24	24
46 - PNEUMOLOGIA	2	2
TOTAL	113	113

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.2 LEITOS CIRURGICOS

LEITOS	EXISTENTE	SUS
01 - BUCO MAXILO FACIAL	3	3
03 - CIRURGIA GERAL	41	41
05 - GASTROENTEROLOGIA	2	2
06 - GINECOLOGIA	8	8
08 - NEFROLOGIAUROLOGIA	12	12
09 - NEUROCIRURGIA	10	10
11 - OFTALMOLOGIA	1	1
12 - ONCOLOGIA	3	3



13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	45	45
14 - OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
15 - PLASTICA	9	9
TOTAL	136	136

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.3 LEITOS OBSTÉTRICOS

LEITOS	EXISTENTE	SUS
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	20	20
43 - OBSTETRICIA CLINICA	15	15
TOTAL	35	35

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.4 LEITOS PEDIÁTRICOS

LEITOS	EXISTENTE	SUS
45 - PEDIATRIA CLINICA	59	59
TOTAL	59	59

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.5 OUTRAS ESPECIALIDADES

LEITOS	EXISTENTE	SUS
49 - PNEUMOLOGIA SANITARIA	2	2
TOTAL	2	2

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.6 HOSPITAL DIA

LEITOS	EXISTENTE	SUS
07 - CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	11	11
TOTAL	11	11

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.1.7 LEITOS UTI/UCI

LEITOS	EXISTENTE	SUS
93 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	7	7
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	15	15
75 - UTI ADULTO - TIPO II	30	30
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	15	15
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
TOTAL	77	77

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.2. INSTALAÇÕES FÍSICAS – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ÁREA DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE	LEITOS
13 - SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
41 - SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	10
06 - SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	7
07 - SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	4
11 - SALA DE GESSO	1	1
12 - SALA DE CURATIVO	1	0
05 - SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA	1	9
14 - CONSULTORIOS MEDICOS	4	0
10 - SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
09 - ODONTOLOGIA	2	2
Total	14	33

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.3. INSTALAÇÕES FÍSICAS – AMBULATORIAL

ÁREA DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE	LEITOS
18 - OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0
23 - ODONTOLOGIA	2	0
16 - CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
15 - CLINICAS BASICAS	22	0
26 - SALA DE IMUNIZACAO	1	0
Total	39	0

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.4. INSTALAÇÕES FÍSICAS – HOSPITALAR



ÁREA DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE	LEITOS
34 - SALA DE PRE-PARTO	1	4
38 - LEITOS RN NORMAL	0	6
33 - SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	2	0
40 - LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	22
43 - BRINQUEDOTECA	1	0
39 - LEITOS RN PATOLOGICO	0	15
32 - SALA DE RECUPERACAO	1	18
36 - SALA DE CURETAGEM	1	0
31 - SALA DE CIRURGIA	9	0
35 - SALA DE PARTO NORMAL	1	0
Total	16	65

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.5. EQUIPAMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

3.5.1. EQUIPAMENTOS DE DIÁLISE

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
APARELHO DE HEMODIALISE - AMBULATORIAL	56
APARELHO DE HEMODIALISE - HOSPITALAR	3
APARELHO DE HEMODIALISE RESERVA	3
Total	62

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.5.2. EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
MAMÓGRAFO COM COMANDO SIMPLES	1
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1
RAIO X DE 100 A 500 MA	4
RAIO X MAIS DE 500MA	4
RAIO X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA	1
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1
TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	1
ULTRASSOM CONVENCIONAL	1
ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	1
Total	15

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.5.3. EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	58
GRUPO GERADOR	1
Total	59

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.5.4. EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	3
ENDOSCÓPIO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	1
ENDOSCÓPIO DAS VIAS URINARIAS	1
LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	7
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	5
Total	17

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.5.5. EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
ELETROCARDIOGRAFO	20
ELETROENCEFALOGRAFO	2
Total	22

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025



3.5.6. EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO A VIDA

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
BERÇO AQUECIDO	19
BILIRRUBINOMETRO	3
BOMBA DE INFUSAO	87
DEFIBRILADOR	11
EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	36
INCUBADORA	34
MONITOR MULTIPARAMETRO	87
MARCAPASSO TEMPORARIO	1
MONITOR DE PRESSAO INVASIVO	37
MONITOR DE PRESSAO NAO-INVASIVO	1
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	85
RESPIRADOR/VENTILADOR	69
Total	470

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.4.7. OUTROS EQUIPAMENTOS

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE EM USO – SUS
APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	5
APARELHO DE ELETROESTIMULAÇÃO	1
FORNO DE BIER	7
Total	13

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

3.4.8. EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
EQUIPO ODONTOLOGICO	4
AMALGAMADOR	1
Total	5

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

4. RECURSOS HUMANOS

VINCULO	QUANTITATIVO
CLT	1.829
Outros	679
Total	2.508

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

PROFISSIONAIS MÉDICOS	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
BIOMÉDICO	2	100
MÉDICO ACUPUNTURISTA	1	8
MÉDICO ANATOMOPATOLOGISTA	1	4
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	33	806
MÉDICO CANCEROLOGISTA CIRURGICO	6	82
MÉDICO CANCEROLOGISTA PEDIATRICO	1	16
MÉDICO CARDIOLOGISTA	2	24
MÉDICO CIRURGIAO CARDIOVASCULAR	1	12
MÉDICO CIRURGIAO DA MAO	1	12
MÉDICO CIRURGIAO DE CABECA E PESCOCO	5	48
MÉDICO CIRURGIAO GERAL	43	568
MÉDICO CIRURGIAO PEDIATRICO	2	22
MÉDICO CIRURGIAO PLASTICO	7	146
MÉDICO CIRURGIAO TORACICO	1	12
MÉDICO CITOPATOLOGISTA	1	20
MÉDICO CLÍNICO	153	2.404
MÉDICO DERMATOLOGISTA	2	8
MÉDICO EM CIRURGIA VASCULAR	4	72
MÉDICO EM ENDOSCOPIA	2	18



MÉDICO EM MEDICINA INTENSIVA	3	56
MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM	8	106
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	7	33
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	2	26
MÉDICO GENERALISTA	1	12
MÉDICO GERIATRA	2	24
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	42	757
MÉDICO HEMATOLOGISTA	5	62
MÉDICO MASTOLOGISTA	3	18
MÉDICO NEFROLOGISTA	10	148
MÉDICO NEUROCIRURGIAO	9	96
MÉDICO NEUROLOGISTA	9	80
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	3	20
MÉDICO ONCOLOGISTA CLÍNICO	8	127
MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	21	367
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	3	48
MÉDICO PATOLOGISTA CLÍNICO MEDICINA LABORATORIAL	1	8
MÉDICO PEDIATRA	36	660
MÉDICO PNEUMOLOGISTA	2	28
MÉDICO RADIOTERAPEUTA	2	43
MÉDICO RESIDENTE	90	5.400
MÉDICO REUMATOLOGISTA	9	42
MÉDICO UROLOGISTA	6	77
TOTAL	550	12.620

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

OUTROS PROFISSIONAIS - NIVEL SUPERIOR	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
ASSISTENTE SOCIAL	17	660
CIRURGIAO DENTISTA	10	202
ENFERMEIRO	250	10.042
FARMACEUTICO	34	1.411
FISIOTERAPEUTA GERAL	66	2.374
FONOAUDIOLOGO GERAL	9	222
NUTRICIONISTA	37	1.805
PSICOLOGO CLÍNICO	6	312
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	30
OUTROS	24	857
TOTAL	454	17.915

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025

OUTROS PROFISSIONAIS - NIVEL SUPERIOR	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	8	328
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	21	924
TECNICO DE ENFERMAGEM	764	33.288
TECNICO DE IMOBILIZACAO ORTOPEDICA	8	352
TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	40	1.040
OUTROS	664	28.048
TOTAL	664	28.048

Fonte: CNES, consultado em: 28/09/2025



5. Assistência Ambulatorial - Detalhamento dos Serviços - Média Complexidade

5.1. Consultas Especializadas (Por CBO)

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CODIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CBO	META FISICA	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MÊS	VALOR ANUAL
030101	0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	225215 - CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	10	10,00	100,00	1.200,00
			225225 - CIRURGIA GERAL	90	10,00	900,00	10.800,00
			225235 - CIRURGIA PLASTICA	20	10,00	200,00	2.400,00
			225155 - ENDOCRINOLOGIA	10	10,00	100,00	1.200,00
			225180 - GERIATRIA	10	10,00	100,00	1.200,00
			225250 - GINECOLOGIA	200	10,00	2.000,00	24.000,00
			225255 - MASTOLOGIA	10	10,00	100,00	1.200,00
			225109 - NEFROLOGIA	100	10,00	1.000,00	12.000,00
			225260 - NEUROCIRURGIA	50	10,00	500,00	6.000,00
			225121 - ONCOLOGIA CLÍNICA	1.200	10,00	12.000,00	144.000,00
			225290 - ONCOLOGIA CIRURGICA				
			225275 - OTORRINOLARINGOLOGIA				
			225136 - REUMATOLOGIA	10	10,00	100,00	1.200,00
			225270 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	500	10,00	5.000,00	60.000,00
	225285 - UROLOGIA	10	10,00	100,00	1.200,00		
	SUBTOTAL			2.230		22.300,00	267.600,00
	0301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1.300	6,30	8.190,00	98.280,00	
	SUBTOTAL			1.300		8.190,00	98.280,00
TOTAL			3.530		30.490,00	365.880,00	

5.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT - LABORATÓRIO

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
020101	0201010020	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	1	14,10	14,10	169,20
	0201010216	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	1	71,15	71,15	853,80
	0201010275	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	6	200,00	1.200,00	14.400,00
	0201010356	BIOPSIA DE PALPEBRA	1	18,33	18,33	219,96
	0201010372	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	12	25,83	309,96	3.719,52
	0201010461	BIOPSIA DE TESTICULO	1	46,19	46,19	554,28
	0201010500	BIOPSIA/PUNCAO DE VAGINA	1	18,33	18,33	219,96
	0201010518	BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	1	18,33	18,33	219,96
	0201010526	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	1	21,56	21,56	258,72
	0201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	1	70,00	70,00	840,00
	0201010631	PUNCAO LOMBAR	6	7,04	42,24	506,88
	0201010640	PUNCAO P/ ESVAZIAMENTO	1	13,25	13,25	159,00
	0201010666	BIOPSIA DO COLO UTERINO	6	18,33	109,98	1.319,76
SUBTOTAL			39		1.953,42	23.441,04
020201	0202010023	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	15	2,01	30,15	361,80
	0202010066	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	4	3,68	14,72	176,64
	0202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	110	1,85	203,50	2.442,00
	0202010147	DOSAGEM DE ALDOLASE	1	3,68	3,68	44,16
	0202010155	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	1	3,68	3,68	44,16
	0202010180	DOSAGEM DE AMILASE	25	2,25	56,25	675,00
	0202010201	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	90	2,01	180,90	2.170,80
	0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	450	1,85	832,50	9.990,00
	0202010228	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	45	3,51	157,95	1.895,40
	0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	1	2,01	2,01	24,12
	0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	1	3,68	3,68	44,16
	0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	30	1,85	55,50	666,00
	0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	305	3,51	1.070,55	12.846,60



	0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	75	3,51	263,25	3.159,00
	0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	75	1,85	138,75	1.665,00
	0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	1	3,68	3,68	44,16
	0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1.400	1,85	2.590,00	31.080,00
	0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	90	3,68	331,20	3.974,40
	0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	50	4,12	206,00	2.472,00
	0202010368	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	40	3,68	147,20	1.766,40
	0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	200	15,59	3.118,00	37.416,00
	0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	170	3,51	596,70	7.160,40
	0202010406	DOSAGEM DE FOLATO	35	15,65	547,75	6.573,00
	0202010414	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	1	2,01	2,01	24,12
	0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	200	2,01	402,00	4.824,00
	0202010430	DOSAGEM DE FOSFORO	350	1,85	647,50	7.770,00
	0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	1	3,51	3,51	42,12
	0202010465	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	70	3,51	245,70	2.948,40
	0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	500	1,85	925,00	11.100,00
	0202010481	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	1	3,68	3,68	44,16
	0202010490	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	2	3,68	7,36	88,32
	0202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	280	7,86	2.200,80	26.409,60
	0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	40	3,68	147,20	1.766,40
	0202010554	DOSAGEM DE LIPASE	25	2,25	56,25	675,00
	0202010562	DOSAGEM DE MAGNESIO	125	2,01	251,25	3.015,00
	0202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	900	1,85	1.665,00	19.980,00
	0202010619	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1	1,40	1,40	16,80
	0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	125	1,85	231,25	2.775,00
	0202010635	DOSAGEM DE SODIO	900	1,85	1.665,00	19.980,00
	0202010643	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	470	2,01	944,70	11.336,40
	0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	800	2,01	1.608,00	19.296,00
	0202010660	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	150	4,12	618,00	7.416,00
	0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	75	3,51	263,25	3.159,00
	0202010694	DOSAGEM DE UREIA	1.550	1,85	2.867,50	34.410,00
	0202010708	DOSAGEM DE VITAMINA B12	140	15,24	2.133,60	25.603,20
	0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINAS	10	4,42	44,20	530,40
	0202010732	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	55	15,65	860,75	10.329,00
	0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	215	15,24	3.276,60	39.319,20
	0202010791	DOSAGEM DE PEPTIDEOS NATRIURETICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	1	27,00	27,00	324,00
020202	0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	1	2,73	2,73	32,76
	0202020037	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	25	2,73	68,25	819,00
	0202020070	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	6	2,73	16,38	196,56
	0202020096	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	4	2,73	10,92	131,04
	0202020134	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	22	5,77	126,94	1.523,28
	0202020142	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	40	2,73	109,20	1.310,40
	0202020150	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTACAO (VHS)	65	2,73	177,45	2.129,40
	0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	1	4,11	4,11	49,32
	0202020177	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	1	6,48	6,48	77,76
	0202020193	DOSAGEM DE FATOR IX	1	7,61	7,61	91,32
	0202020207	DOSAGEM DE FATOR V	1	4,73	4,73	56,76
	0202020223	DOSAGEM DE FATOR VIII	1	6,63	6,63	79,56
	0202020240	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	1	18,91	18,91	226,92
	0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	20	4,60	92,00	1.104,00
	0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	205	1,53	313,65	3.763,80
	0202020355	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	10	5,41	54,10	649,20
	0202020363	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	3	2,73	8,19	98,28
	0202020371	HEMATOCRITO	205	1,53	313,65	3.763,80
	0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	1.370	4,11	5.630,70	67.568,40



	0202020398	LEUCOGRAMA	1	2,73	2,73	32,76
	0202020410	PESQUISA DE CELULAS LE	1	4,11	4,11	49,32
	0202020495	PROVA DE RETRACAO DO COÁGULO	170	2,73	464,10	5.569,20
	0202020541	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	5	2,73	13,65	163,80
020203	0202030067	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	1	9,25	9,25	111,00
	0202030075	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	16	2,83	45,28	543,36
	0202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	6	9,25	55,50	666,00
	0202030091	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	10	15,06	150,60	1.807,20
	0202030105	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO (PSA)	60	16,42	985,20	11.822,40
	0202030113	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	10	13,55	135,50	1.626,00
	0202030121	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	5	17,16	85,80	1.029,60
	0202030130	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	5	17,16	85,80	1.029,60
	0202030156	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	3	17,16	51,48	617,76
	0202030180	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	1	17,16	17,16	205,92
	0202030202	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	150	2,83	424,50	5.094,00
	0202030229	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	4	17,16	68,64	823,68
	0202030253	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	20	10,00	200,00	2.400,00
	0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	2	10,00	20,00	240,00
	0202030270	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	4	8,67	34,68	416,16
	0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	1	17,16	17,16	205,92
	0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	75	10,00	750,00	9.000,00
	0202030318	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	10	18,55	185,50	2.226,00
	0202030342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	30	17,16	514,80	6.177,60
	0202030350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	30	18,55	556,50	6.678,00
	0202030369	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	30	18,55	556,50	6.678,00
	0202030458	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	1	10,00	10,00	120,00
	0202030474	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	20	2,83	56,60	679,20
	0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	1	17,16	17,16	205,92
	0202030555	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	5	17,16	85,80	1.029,60
	0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	1	17,16	17,16	205,92
	0202030580	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	1	17,16	17,16	205,92
	0202030598	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	20	17,16	343,20	4.118,40
	0202030628	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	8	17,16	137,28	1.647,36
	0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	70	18,55	1.298,50	15.582,00
	0202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	1	18,55	18,55	222,60
	0202030652	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	1	7,78	7,78	93,36
	0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	100	18,55	1.855,00	22.260,00
	0202030733	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1	2,83	2,83	33,96
	0202030741	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	4	11,00	44,00	528,00
	0202030750	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	1	9,25	9,25	111,00
	0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	6	16,97	101,82	1.221,84
	0202030776	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1	9,25	9,25	111,00
	0202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	85	18,55	1.576,75	18.921,00
	0202030806	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGG)	15	18,55	278,25	3.339,00
	0202030814	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	2	17,16	34,32	411,84
	0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1	17,16	17,16	205,92
	0202030830	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2	17,16	34,32	411,84



	0202030857	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	4	11,61	46,44	557,28
	0202030865	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	1	10,00	10,00	120,00
	0202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	10	18,55	185,50	2.226,00
	0202030881	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	1	9,25	9,25	111,00
	0202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	75	18,55	1.391,25	16.695,00
	0202030911	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGM)	15	18,55	278,25	3.339,00
	0202030920	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	2	17,16	34,32	411,84
	0202030938	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1	17,16	17,16	205,92
	0202030946	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2	17,16	34,32	411,84
	0202030962	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	45	13,35	600,75	7.209,00
	0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	85	18,55	1.576,75	18.921,00
	0202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	10	18,55	185,50	2.226,00
	0202031012	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	2	4,10	8,20	98,40
	0202031039	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	5	9,25	46,25	555,00
	0202031110	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	65	2,83	183,95	2.207,40
	0202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1	10,00	10,00	120,00
	0202031187	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	1	18,55	18,55	222,60
020204	0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA	20	9,00	180,00	2.160,00
	0202040020	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	1	3,04	3,04	36,48
	0202040038	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	6	3,04	18,24	218,88
	0202040070	PESQUISA DE GORDURA FECAL	1	1,65	1,65	19,80
	0202040089	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1	1,65	1,65	19,80
	0202040097	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	1	1,65	1,65	19,80
	0202040127	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	5	1,65	8,25	99,00
	0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	15	1,65	24,75	297,00
	0202040151	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	10	1,65	16,50	198,00
020205	0202050017	ANÁLISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	230	3,70	851,00	10.212,00
	0202050025	CLEARANCE DE CREATININA	1	3,51	3,51	42,12
	0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	1	2,01	2,01	24,12
	0202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	30	8,12	243,60	2.923,20
	0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	1	3,68	3,68	44,16
	0202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	8	2,04	16,32	195,84
	0202050130	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	1	3,70	3,70	44,40
	0202050173	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	2	2,04	4,08	48,96
	0202050181	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	1	2,40	2,40	28,80
	0202050220	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	1	2,04	2,04	24,48
	0202050262	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	1	2,04	2,04	24,48
020206	0202050300	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	15	4,44	66,60	799,20
	0202060047	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	5	10,20	51,00	612,00
	0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	1	6,72	6,72	80,64
	0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	2	14,12	28,24	338,88
	0202060098	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	2	11,89	23,78	285,36
	0202060101	DOSAGEM DE AMP CICLICO	5	12,01	60,05	720,60
	0202060110	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	2	11,53	23,06	276,72
	0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	1	14,38	14,38	172,56
	0202060136	DOSAGEM DE CORTISOL	8	9,86	78,88	946,56
	0202060144	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	4	11,25	45,00	540,00
	0202060152	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	2	11,71	23,42	281,04



	0202060160	DOSAGEM DE ESTRADIOL	15	10,15	152,25	1.827,00
	0202060179	DOSAGEM DE ESTRIOL	1	11,55	11,55	138,60
	0202060187	DOSAGEM DE ESTRONA	2	11,12	22,24	266,88
	0202060217	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	10	7,85	78,50	942,00
	0202060225	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	2	10,21	20,42	245,04
	0202060233	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	28	7,89	220,92	2.651,04
	0202060241	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	20	8,97	179,40	2.152,80
	0202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	210	8,96	1.881,60	22.579,20
	0202060268	DOSAGEM DE INSULINA	10	10,17	101,70	1.220,40
	0202060276	DOSAGEM DE PARATORMONIO	130	43,13	5.606,90	67.282,80
	0202060284	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	1	15,35	15,35	184,20
	0202060292	DOSAGEM DE PROGESTERONA	6	10,22	61,32	735,84
	0202060306	DOSAGEM DE PROLACTINA	20	10,15	203,00	2.436,00
	0202060314	DOSAGEM DE RENINA	2	13,19	26,38	316,56
	0202060322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	2	15,35	30,70	368,40
	0202060330	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	4	13,11	52,44	629,28
	0202060349	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	20	10,43	208,60	2.503,20
	0202060357	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	8	13,11	104,88	1.258,56
	0202060365	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	10	15,35	153,50	1.842,00
	0202060373	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	58	8,76	508,08	6.096,96
	0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	135	11,60	1.566,00	18.792,00
	0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	20	8,71	174,20	2.090,40
020207	0202070050	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1	15,65	15,65	187,80
	0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	50	27,50	1.375,00	16.500,00
	0202070131	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	1	13,48	13,48	161,76
	0202070190	DOSAGEM DE COBRE	1	3,51	3,51	42,12
	0202070255	DOSAGEM DE LITIO	4	2,25	9,00	108,00
	0202070352	DOSAGEM DE ZINCO	15	15,65	234,75	2.817,00
020208	0202080021	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	1	13,33	13,33	159,96
	0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	2	4,20	8,40	100,80
	0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1	2,80	2,80	33,60
	0202080080	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	55	5,62	309,10	3.709,20
	0202080137	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	2	4,19	8,38	100,56
	0202080153	HEMOCULTURA	50	11,49	574,50	6.894,00
	0202080161	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	5	5,63	28,15	337,80
020209	0202090060	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	2	1,89	3,78	45,36
	0202090124	DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	3	1,89	5,67	68,04
	0202090132	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	2	1,89	3,78	45,36
	0202090183	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CELULAS	4	1,89	7,56	90,72
	0202090191	MIELOGRAMA	4	5,79	23,16	277,92
	0202090230	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	2	1,89	3,78	45,36
	0202090272	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	1	1,89	1,89	22,68
020210	0202100030	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	1	160,00	160,00	1.920,00
020212	0202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	14	1,37	19,18	230,16
	0202120031	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	1	10,65	10,65	127,80
	0202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	15	1,37	20,55	246,60
	0202120090	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	1	2,73	2,73	32,76
SUBTOTAL			14.841		70.721,71	848.660,52
020301	0203010035	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	10	20,96	209,60	2.515,20
020302	0203020022	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA	1	61,77	61,77	741,24



	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	150	40,78	6.117,00	73.404,00
	0203020049	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	300	131,52	39.456,00	473.472,00
	0203020065	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	1	45,83	45,83	549,96
SUBTOTAL			462		45.890,20	550.682,40
TOTAL			15.342		118.565,33	1.422.783,96

5.3. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT - IMAGEM

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
020401	0204010039	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	1	8,38	8,38	100,56
	0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	1	8,38	8,38	100,56
	0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	10	6,88	68,80	825,60
	0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	1	9,15	9,15	109,80
	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	5	7,52	37,60	451,20
	0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	1	9,03	9,03	108,36
	0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	1	7,20	7,20	86,40
	0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	10	8,38	83,80	1.005,60
	0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	8	7,32	58,56	702,72
	0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	1	7,20	7,20	86,40
020402	0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	15	8,33	124,95	1.499,40
	0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	50	8,19	409,50	4.914,00
	0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	1	10,29	10,29	123,48
	0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	85	10,96	931,60	11.179,20
	0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	5	14,90	74,50	894,00
	0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	1	16,88	16,88	202,56
	0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	30	9,16	274,80	3.297,60
	0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	30	9,73	291,90	3.502,80
	0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	5	7,80	39,00	468,00
	0204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	45	-	-	-
020403	0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	10	8,37	83,70	1.004,40
	0204030080	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	1	19,24	19,24	230,88
	0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	1	7,98	7,98	95,76
	0204030129	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	1	5,56	5,56	66,72
	0204030137	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	3	14,32	42,96	515,52
	0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	10	12,02	120,20	1.442,40
	0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	160	9,50	1.520,00	18.240,00
	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	120	6,88	825,60	9.907,20
020404	0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	180	6,42	1.155,60	13.867,20
	0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	45	7,40	333,00	3.996,00
	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	310	7,40	2.294,00	27.528,00
	0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	1	7,40	7,40	88,80
	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	100	7,77	777,00	9.324,00
	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	90	7,40	666,00	7.992,00



	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	185	5,90	1.091,50	13.098,00
	0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	330	6,30	2.079,00	24.948,00
	0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	12	6,00	72,00	864,00
	0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	8	7,98	63,84	766,08
	0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	420	6,91	2.902,20	34.826,40
020405	0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	10	10,73	107,30	1.287,60
	0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	3	15,30	45,90	550,80
	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	4	7,17	28,68	344,16
020406	0204060036	ESCANOMETRIA	11	7,77	85,47	1.025,64
	0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	50	7,77	388,50	4.662,00
	0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	3	7,77	23,31	279,72
	0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	380	6,50	2.470,00	29.640,00
	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	155	7,77	1.204,35	14.452,20
	0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	35	6,50	227,50	2.730,00
	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	155	8,94	1.385,70	16.628,40
	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	305	6,78	2.067,90	24.814,80
	0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	2	7,16	14,32	171,84
	0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	20	9,29	185,80	2.229,60
	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	480	6,78	3.254,40	39.052,80
	0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	230	8,94	2.056,20	24.674,40
SUBTOTAL			4.136		30.083,63	361.003,56
020501	0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	25	67,86	1.696,50	20.358,00
	0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	8	39,60	316,80	3.801,60
020502	0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	4	24,20	96,80	1.161,60
	0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	30	37,95	1.138,50	13.662,00
	0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	6	24,20	145,20	1.742,40
	0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	45	24,20	1.089,00	13.068,00
	0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	1	24,20	24,20	290,40
	0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	25	24,20	605,00	7.260,00
	0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	5	24,20	121,00	1.452,00
	0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	10	24,20	242,00	2.904,00
	0205020135	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1	24,20	24,20	290,40
	0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	90	24,20	2.178,00	26.136,00
	0205020151	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	10	39,60	396,00	4.752,00
	0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	5	24,20	121,00	1.452,00
	0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	1	24,20	24,20	290,40
	0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	80	24,20	1.936,00	23.232,00
SUBTOTAL			346		10.154,40	121.852,80
020901	0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	20	112,66	2.253,20	27.038,40
	0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	20	48,16	963,20	11.558,40
	0209010053	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10	23,13	231,30	2.775,60
SUBTOTAL			50		3.447,70	41.372,40
021102	0211020036	ELETRCARDIOGRAMA	200	5,15	1.030,00	12.360,00
021104	0211040045	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	3	25,00	75,00	900,00
	0211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	100	1,69	169,00	2.028,00
021105	0211050040	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	100	25,00	2.500,00	30.000,00
021106	0211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	15	12,34	185,10	2.221,20
SUBTOTAL			418		3.959,10	47.509,20
TOTAL			4.950		47.664,83	571.737,96



5.4. Atendimentos Clínicos – Consultas/Atendimentos especializados

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030101	0301010340	AVALIACAO DIARIA DE PUERPERA COM RECEM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADES NEONATAIS NA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA - CGBP	250	-	-	-
030104	0301040036	TERAPIA EM GRUPO	120	6,15	738,00	8.856,00
030106	0301060029	ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	200	12,47	2.494,00	29.928,00
	0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	3.500	11,00	38.500,00	462.000,00
	0301060100	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	600	13,00	7.800,00	93.600,00
030110	0301100012	ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA	2.500	0,63	1.575,00	18.900,00
030302	0303020016	PULSOTERAPIA I (POR APLICACAO)	10	57,75	577,50	6.930,00
030308	0303080019	CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	1	1,48	1,48	17,76
030309	0303090014	ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	10	30,69	306,90	3.682,80
	0303090030	INFILTRACAO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	1	5,63	5,63	67,56
	0303090073	REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	30	25,31	759,30	9.111,60
	0303090090	REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	30	22,21	666,30	7.995,60
	0303090120	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZACAO)	15	36,59	548,85	6.586,20
	0303090154	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	65	40,68	2.644,20	31.730,40
	0303090162	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO	30	17,85	535,50	6.426,00
	0303090200	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMOBILIZACAO	55	41,93	2.306,15	27.673,80
	0303090227	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMOBILIZACAO	25	41,63	1.040,75	12.489,00
	0303090286	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO COM IMOBILIZACAO	5	35,20	176,00	2.112,00
TOTAL			7.447		60.675,56	728.106,72

5.5. Atendimentos Cirúrgicos

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
040101	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	50	32,40	1.620,00	19.440,00
	0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	100	23,16	2.316,00	27.792,00
	0401010074	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	50	12,46	623,00	7.476,00
	0401010104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	20	11,84	236,80	2.841,60
	0401010112	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	30	11,84	355,20	4.262,40
040501	0405010176	SUTURA DE PALPEBRAS	5	143,99	719,95	8.639,40
040505	0405050259	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	5	25,00	125,00	1.500,00
040602	0406020620	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL	5	20,74	103,70	1.244,40
040704	0407040196	PARACENTESE ABDOMINAL	10	12,27	122,70	1.472,40
040801	0408010126	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DA CINTURA ESCAPULAR	5	44,28	221,40	2.656,80
	0408010134	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO ESCAPULO-UMERAL	30	41,10	1.233,00	14.796,00
040802	0408020164	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO UMEROS	5	41,10	205,50	2.466,00



	0408020172	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO	80	38,74	3.099,20	37.190,40
	0408020202	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	10	37,88	378,80	4.545,60
	0408020210	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS	5	-	-	-
	0408020229	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	15	37,50	562,50	6.750,00
	0408020245	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	5	38,74	193,70	2.324,40
040805	0408050195	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	10	35,20	352,00	4.224,00
	0408050217	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	5	35,20	176,00	2.112,00
	0408050225	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	5	44,69	223,45	2.681,40
	0408050268	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	5	42,59	212,95	2.555,40
	0408050276	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR	5	41,84	209,20	2.510,40
040806	0408060042	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	5	28,42	142,10	1.705,20
	0408060158	MANIPULACAO ARTICULAR	5	28,42	142,10	1.705,20
	0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	25	28,42	710,50	8.526,00
040901	0409010090	CISTOSTOMIA	5	32,68	163,40	1.960,80
040902	0409020184	URETROTOMIA PARA RETIRADA DE CÁLCULO OU CORPO ESTRANHO	5	34,10	170,50	2.046,00
040906	0409060097	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	5	22,62	113,10	1.357,20
041205	0412050170	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	5	54,97	274,85	3.298,20
041504	0415040043	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / NECROSE	5	29,86	149,30	1.791,60
041701	0417010052	ANESTESIA REGIONAL	200	22,27	4.454,00	53.448,00
	0417010060	SEDACAO	200	15,15	3.030,00	36.360,00
TOTAL			920		22.639,90	271.678,80

6. Assistência Ambulatorial - Detalhamento dos Serviços - Alta Complexidade

6.1. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
020101	0201010542	BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONANCIA MAGNETICA / RAO X	5	97,00	485,00	5.820,00
SUBTOTAL			5		485,00	5.820,00
020601	0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	70	86,76	6.073,20	72.878,40
	0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	70	101,10	7.077,00	84.924,00
	0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	50	86,76	4.338,00	52.056,00
	0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	30	86,75	2.602,50	31.230,00
	0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	30	86,75	2.602,50	31.230,00
	0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	5	97,44	487,20	5.846,40
	0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	465	97,44	45.309,60	543.715,20
020602	0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	10	86,75	867,50	10.410,00
	0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	5	86,75	433,75	5.205,00



	0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	250	136,41	34.102,50	409.230,00
020603	0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	250	138,63	34.657,50	415.890,00
	0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	15	86,75	1.301,25	15.615,00
	0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	250	138,63	34.657,50	415.890,00
	SUBTOTAL		1.500		174.510,00	2.094.120,00
020701	0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	10	268,75	2.687,50	32.250,00
	0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	10	268,75	2.687,50	32.250,00
	0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	35	268,75	9.406,25	112.875,00
	0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	10	268,75	2.687,50	32.250,00
	0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	40	268,75	10.750,00	129.000,00
020702	0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	10	268,75	2.687,50	32.250,00
	0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	30	268,75	8.062,50	96.750,00
020703	0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	15	268,75	4.031,25	48.375,00
	0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	15	268,75	4.031,25	48.375,00
	0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	10	268,75	2.687,50	32.250,00
	0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	15	268,75	4.031,25	48.375,00
SUBTOTAL			200		53.750,00	645.000,00
TOTAL			1.705		228.745,00	2.744.940,00

6.2. Atendimento Ambulatorial - Alta Complexidade - ONCOLOGIA

6.2.1 - Radioterapia

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR ANUAL
030401	0304010367	RADIOTERAPIA DE CABECA E PESCOCO	60	4.168,00	250.080,00
	0304010375	RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO	72	4.148,00	298.656,00
	0304010383	RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRONQUIO, PULMAO, PLEURA E MEDIASTINO	12	3.563,00	42.756,00
	0304010391	RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES	12	3.118,00	37.416,00
	0304010405	RADIOTERAPIA DE PELE	24	2.310,00	55.440,00
	0304010413	RADIOTERAPIA DE MAMA	96	5.904,00	566.784,00
	0304010421	RADIOTERAPIA DE CANCER GINECOLOGICO	72	4.608,00	331.776,00
	0304010448	RADIOTERAPIA DE PENIS	12	4.630,00	55.560,00
	0304010456	RADIOTERAPIA DE PROSTATA	84	5.838,00	490.392,00
	0304010472	RADIOTERAPIA DO APARELHO URINARIO	12	4.093,00	49.116,00
	0304010480	RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS	12	3.273,00	39.276,00
	0304010502	RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	24	3.278,00	78.672,00
	0304010529	RADIOTERAPIA DE METASTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL	12	2.439,00	29.268,00
	0304010537	RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METASTASES EM OUTRAS LOCALIZACOES	48	1.729,00	82.992,00
	0304010545	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFATICA	12	4.168,00	50.016,00
	0304010553	RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA	12	3.159,00	37.908,00
	0304010570	RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA	12	953,00	11.436,00



	0304010588	RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA	12	593,00	7.116,00
TOTAL ANUAL			600		2.514.660,00
TOTAL MENSAL			50		209.555,00

6.2.2 – Quimioterapia

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030402	0304020010	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 1 LINHA	12	2.224,00	26.688,00	320.256,00
	0304020028	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2 LINHA	3	2.224,00	6.672,00	80.064,00
	0304020036	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO AVANÇADO	1	427,50	427,50	5.130,00
	0304020044	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTOMAGO AVANÇADO	12	571,50	6.858,00	82.296,00
	0304020052	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PANCREAS AVANÇADO	2	1.986,00	3.972,00	47.664,00
	0304020060	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA AVANÇADO - 2 LINHA	1	147,10	147,10	1.765,20
	0304020079	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA AVANÇADO - 1 LINHA	120	301,50	36.180,00	434.160,00
	0304020087	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	18	1.062,65	19.127,70	229.532,40
	0304020095	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 1 LINHA	10	2.224,00	22.240,00	266.880,00
	0304020109	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2 LINHA	3	2.224,00	6.672,00	80.064,00
	0304020117	QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDOCRINO AVANÇADO	1	1.062,65	1.062,65	12.751,80
	0304020133	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1 LINHA	20	1.700,00	34.000,00	408.000,00
	0304020141	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2 LINHA	10	2.378,90	23.789,00	285.468,00
	0304020176	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO AVANÇADO	5	571,50	2.857,50	34.290,00
	0304020184	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO	10	571,50	5.715,00	68.580,00
	0304020192	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO	1	800,00	800,00	9.600,00
	0304020206	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABECA E PESCOÇO AVANÇADO	5	800,00	4.000,00	48.000,00
	0304020214	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CELULAS NAO PEQUENAS AVANÇADO	10	1.100,00	11.000,00	132.000,00
	0304020222	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUENAS AVANÇADO	1	1.100,00	1.100,00	13.200,00
	0304020230	QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO	1	7.500,00	7.500,00	90.000,00
	0304020249	QUIMIOTERAPIA DE METASTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA	1	571,50	571,50	6.858,00
	0304020257	QUIMIOTERAPIA DE METASTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA	1	800,00	800,00	9.600,00
	0304020265	QUIMIOTERAPIA DE METASTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	1	1.062,65	1.062,65	12.751,80



	0304020273	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 1 LINHA	5	1.450,00	7.250,00	87.000,00
	0304020281	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2 LINHA	1	1.450,00	1.450,00	17.400,00
	0304020290	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO	2	800,00	1.600,00	19.200,00
	0304020311	QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO	2	17,00	34,00	408,00
	0304020320	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO	7	800,00	5.600,00	67.200,00
	0304020338	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2 LINHA	4	301,50	1.206,00	14.472,00
	0304020346	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1 LINHA	30	79,75	2.392,50	28.710,00
	0304020370	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PENIS AVANÇADO	1	800,00	800,00	9.600,00
	0304020389	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FIGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO	4	571,50	2.286,00	27.432,00
	0304020400	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO	1	1.300,00	1.300,00	15.600,00
	0304020419	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO - 1 LINHA	15	1.700,00	25.500,00	306.000,00
	0304020427	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO - 1 LINHA	1	34,00	34,00	408,00
	0304020435	POLIQUIMIOTERAPIA COM DUPLO ANTI HER-2 DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1 LINHA	15	1.700,00	25.500,00	306.000,00
	0304030015	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 1 LINHA	1	640,00	640,00	7.680,00
030403	0304030031	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1 LINHA	25	150,00	3.750,00	45.000,00
	0304030040	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2 LINHA	5	1.800,00	9.000,00	108.000,00
	0304030058	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1 LINHA	1	407,50	407,50	4.890,00
	0304030074	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGUINEO	10	80,75	807,50	9.690,00
	0304030082	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - 2 LINHA	1	85,00	85,00	1.020,00
	0304030112	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE CRONICA - MARCADOR POSITIVO - 1 LINHA	25	17,00	425,00	5.100,00
	0304030139	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO - MARCADOR POSITIVO - 3 LINHA	1	1.401,20	1.401,20	16.814,40
	0304030147	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO - MARCADOR POSITIVO - 2 LINHA	1	17,00	17,00	204,00
	0304030155	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE DE TRANSFORMACAO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1 LINHA)	1	17,00	17,00	204,00
	0304030163	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NAO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1 LINHA)	1	640,00	640,00	7.680,00
	0304030171	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NAO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2 LINHA	1	1.080,00	1.080,00	12.960,00
	0304030180	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CELULAS PLASMATICAS - 1 LINHA	5	427,50	2.137,50	25.650,00
	0304030198	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CELULAS PLASMATICAS - 2 LINHA	5	1.715,60	8.578,00	102.936,00



	0304030228	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EM FASE CRONICA - MARCADOR POSITIVO - 2 LINHA	5	17,00	85,00	1.020,00
	0304030236	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1 LINHA	3	640,00	1.920,00	23.040,00
	0304030244	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2 LINHA	1	1.080,00	1.080,00	12.960,00
030404	0304040010	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PREVIA)	6	571,50	3.429,00	41.148,00
	0304040029	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PREVIA)	37	1.400,00	51.800,00	621.600,00
	0304040045	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO	10	1.300,00	13.000,00	156.000,00
	0304040053	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL	1	800,00	800,00	9.600,00
	0304040061	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL	5	1.300,00	6.500,00	78.000,00
	0304040070	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA	1	1.300,00	1.300,00	15.600,00
	0304040096	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CELULAS NAO PEQUENAS (PREVIA)	1	1.100,00	1.100,00	13.200,00
	0304040118	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO	1	1.300,00	1.300,00	15.600,00
	0304040142	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA - 1 LINHA	2	1.450,00	2.900,00	34.800,00
	0304040169	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA OSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1 LINHA	1	1.447,70	1.447,70	17.372,40
	0304040177	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTOMAGO (PRE-OPERATORIA)	8	1.300,00	10.400,00	124.800,00
	0304040185	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO III (PREVIA)	8	1.400,00	11.200,00	134.400,00
	0304040193	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO III (PREVIA)	1	79,75	79,75	957,00
	0304040207	HORMONIOTERAPIA PREVIA A RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA	15	301,50	4.522,50	54.270,00
030405	0304050016	QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL	10	1.300,00	13.000,00	156.000,00
	0304050024	QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE COLON	8	2.224,00	17.792,00	213.504,00
	0304050032	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)	1	427,50	427,50	5.130,00
	0304050040	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO I	50	79,75	3.987,50	47.850,00
	0304050067	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO III	8	800,00	6.400,00	76.800,00
	0304050075	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II	10	800,00	8.000,00	96.000,00
	0304050113	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO III	150	79,75	11.962,50	143.550,00
	0304050121	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO II	150	79,75	11.962,50	143.550,00
	0304050130	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTADIO I	1	571,50	571,50	6.858,00
	0304050172	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CELULAS NAO PEQUENAS (ADJUVANTE)	1	1.100,00	1.100,00	13.200,00
	0304050180	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUENAS (ADJUVANTE)	1	1.100,00	1.100,00	13.200,00
	0304050202	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVARIO OU DA TUBA UTERINA	2	1.450,00	2.900,00	34.800,00
	0304050229	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE	1	1.600,00	1.600,00	19.200,00



	0304050253	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTOMAGO (POS OPERATORIA)	1	571,50	571,50	6.858,00
	0304050261	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO I (ADJUVANTE)	1	571,50	571,50	6.858,00
	0304050270	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO II (ADJUVANTE)	5	800,00	4.000,00	48.000,00
	0304050288	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO III (ADJUVANTE)	5	800,00	4.000,00	48.000,00
	0304050296	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO I (ADJUVANTE)	1	34,10	34,10	409,20
	0304050300	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO II (ADJUVANTE)	8	34,10	272,80	3.273,60
	0304050318	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTADIO III (ADJUVANTE)	15	34,10	511,50	6.138,00
	0304050334	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL	2	17,00	34,00	408,00
	0304050342	HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE A RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PROSTATA	40	301,50	12.060,00	144.720,00
030406	0304060011	QUIMIOTERAPIA DA DOENCA DE HODGKIN - 1 LINHA	3	1.258,64	3.775,92	45.311,04
	0304060038	QUIMIOTERAPIA DA DOENCA DE HODGKIN - 2 LINHA	1	1.258,64	1.258,64	15.103,68
	0304060046	QUIMIOTERAPIA DA DOENCA DE HODGKIN - 3 LINHA	1	5.767,33	5.767,33	69.207,96
	0304060070	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA / LINFOMA DE BURKITT - 1 LINHA	1	2.300,00	2.300,00	27.600,00
	0304060089	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLASTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2 LINHA	1	1.400,00	1.400,00	16.800,00
	0304060097	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLASTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3 LINHA	1	830,52	830,52	9.966,24
	0304060119	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NAO HODGKIN GRAU INTERMEDIARIO OU ALTO - 2 LINHA	1	1.447,70	1.447,70	17.372,40
	0304060127	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NAO HODGKIN GRAU INTERMEDIARIO OU ALTO - 3 LINHA	1	1.447,70	1.447,70	17.372,40
	0304060135	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NAO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIARIO OU ALTO - 1 LINHA	5	800,00	4.000,00	48.000,00
	0304060160	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVARIO	1	1.700,00	1.700,00	20.400,00
	0304060208	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTICULO - 1 LINHA	1	1.700,00	1.700,00	20.400,00
	0304060224	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CELULAS B - 1 LINHA	8	800,00	6.400,00	76.800,00
	0304060232	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLASTICA AGUDA, LINFOMA LINFOBLASTICO, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA - 1 LINHA - FASES TERAPEUTICAS INICIAIS	1	11.644,00	11.644,00	139.728,00
	0304060240	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLASTICA AGUDA, LINFOMA LINFOBLASTICO, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA-1 LINHA - FASE DE MANUTENCAO	1	431,20	431,20	5.174,40
030407	0304070017	QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFANCIA E ADOLESCENCIA - 1 LINHA	1	1.700,00	1.700,00	20.400,00
030408	0304080012	FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLONIAS DE GRANULOCITOS / MACROFAGOS	2	871,00	1.742,00	20.904,00
	0304080071	INIBIDOR DA OSTEOLISE	50	449,50	22.475,00	269.700,00
SUBTOTAL			1.077		612.923,66	7.355.083,92



7. Assistência Ambulatorial - Detalhamento dos Serviços – FAEC

7.1 - Assistência Ambulatorial - Atendimento de Oncologia - FAEC

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030403	0304030252	QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MULTIPLO - 1 LINHA	20	5.224,65	104.493,00	1.253.916,00
	0304030260	QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MULTIPLO - 2 LINHA	10	5.224,65	52.246,50	626.958,00
TOTAL			30		156.739,50	1.880.874,00

7.2. Assistência Ambulatorial - Atendimento de Terapia Renal Substitutiva - TRS – FAEC

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030501	0305010093	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	20	240,97	4.819,40	57.832,80
	0305010107	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	4.000	240,97	963.880,00	11.566.560,00
	0305010115	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	30	325,98	9.779,40	117.352,80
	0305010123	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MAXIMO 1 SESSAO / SEMANA)	1	325,98	325,98	3.911,76
	0305010166	MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC	1	358,06	358,06	4.296,72
041801	0418010013	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	1	1.453,85	1.453,85	17.446,20
	0418010030	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	15	859,20	12.888,00	154.656,00
	0418010048	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA P/ HEMODIALISE	1	200,00	200,00	2.400,00
	0418010064	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	30	115,81	3.474,30	41.691,60
041802	0418020019	INTERVENCAO EM FISTULA ARTERIO-VENOSA	2	600,00	1.200,00	14.400,00
	0418020027	LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	1	600,00	600,00	7.200,00
070210	0702100013	CATETER DE LONGA PERMANENCIA P/ HEMODIALISE	1	482,34	482,34	5.788,08
	0702100021	CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	30	64,76	1.942,80	23.313,60
	0702100064	CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE-MES) CORRESPONDENTE A 120 UNIDADES	1	2.354,17	2.354,17	28.250,04
	0702100099	DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	30	21,59	647,70	7.772,40
	0702100102	GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	30	15,41	462,30	5.547,60
TOTAL			4.194		1.044.868,30	12.058.419,60

7.3. Assistência Ambulatorial – Organizar e procura de órgãos – FAEC

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR TABELA SIGTAP	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
050601	0506010104	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM	2	135,00	270,00	3.240,00
TOTAL			2		270,00	3.240,00



8. Assistência Hospitalar - Detalhamento dos Serviços - Média Complexidade

8.1. Internações Clínicas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030106	301060010	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA PEDIATRICA	5	215,19	1.075,93	12.911,19
	301060070	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	11	51,66	568,28	6.819,34
	301060088	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	10	81,66	816,61	9.799,31
030301	303010010	TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA	1	316,66	316,66	3.799,97
	303010029	TRATAMENTO DE DENGUE HEMORRÁGICA	1	313,17	313,17	3.758,04
	303010037	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	45	9.356,28	421.032,80	5.052.393,63
	303010053	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DEVIDAS A PROTOZOÁRIOS (B55 A B64)	2	1.239,53	2.479,05	29.748,63
	303010061	TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS INTESTINAIS	5	526,58	2.632,92	31.595,07
	303010070	TRATAMENTO DE FEBRES POR ARBOVÍRUS E FEBRES HEMORRÁGICAS VIRAIS	1	290,31	290,31	3.483,72
	303010088	TRATAMENTO DE HANSENIASE	1	1.591,28	1.591,28	19.095,30
	303010126	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO PREDOMINANTEMENTE SEXUAL (A50 A A64)	5	2.014,34	10.071,69	120.860,28
	303010134	TRATAMENTO DE INFECÇÕES VIRAIS CARACTERIZADAS POR LESÕES DE PELE E MUCOSAS (B00 A B09)	1	620,49	620,49	7.445,82
	303010142	TRATAMENTO DE INFECÇÕES VIRAIS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	1	3.406,90	3.406,90	40.882,85
	303010169	TRATAMENTO DE MICOSES (B35 A B49)	1	626,75	626,75	7.521,00
	303010193	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS CAUSADAS POR VÍRUS (B25 A B34)	1	538,63	538,63	6.463,54
	303010215	TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (A15 A A19)	1	1.680,11	1.680,11	20.161,32
030302	303020032	TRATAMENTO DE ANEMIA APLASTICA E OUTRAS ANEMIAS	5	984,42	4.922,09	59.065,11
	303020040	TRATAMENTO DE ANEMIA HEMOLITICA	2	514,36	1.028,72	12.344,64
	303020059	TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS	1	1.793,01	1.793,01	21.516,10
	303020067	TRATAMENTO DE DEFEITOS DA COAGULACAO PURPURA E OUTRAS AFECCOES HEMORRAGICAS	5	1.164,50	5.822,49	69.869,92
	303020075	TRATAMENTO DE HEMOFILIAS	1	945,05	945,05	11.340,60
	303020083	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	5	1.001,92	5.009,62	60.115,49
030303	303030020	TRATAMENTO DE DESNUTRICAO	1	565,95	565,95	6.791,34
	303030038	TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	1	1.495,32	1.495,32	17.943,80
	303030046	TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABOLICOS	2	1.801,11	3.602,21	43.226,57
	303030054	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DA GLÂNDULA TIREOIDE	1	338,59	338,59	4.063,02
	303030062	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DE OUTRAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS	1	270,76	270,76	3.249,12
030304	303040033	TRATAMENTO DA MIGRANEA COMPLICADA	2	299,63	599,27	7.191,22
	303040041	TRATAMENTO CLÍNICO DE ABSCESSO CEREBRAL	1	875,91	875,91	10.510,92
	303040076	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL	2	1.770,47	3.540,94	42.491,34
	303040084	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU LEVE)	30	379,86	11.395,87	136.750,48
	303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)	15	942,16	14.132,35	169.588,17



	303040130	TRATAMENTO CLÍNICO DAS MIELITES / MIELOPATIAS	1	1.179,51	1.179,51	14.154,12
	303040149	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO)	20	1.716,71	34.334,18	412.010,16
	303040157	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DA HIDROCEFALIA	2	1.803,23	3.606,45	43.277,44
	303040165	TRATAMENTO DE CRISES EPILÉTICAS NÃO CONTROLADAS	1	1.556,42	1.556,42	18.676,99
	303040190	TRATAMENTO DE DOENÇA DOS NEURÔNIOS MOTORES CENTRAIS C/ OU S/ AMIOTROFIAS	1	1.230,15	1.230,15	14.761,76
	303040203	TRATAMENTO DE DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS	1	10.849,21	10.849,21	130.190,46
	303040211	TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	1	2.233,68	2.233,68	26.804,11
	303040220	TRATAMENTO DE ESCLEROSE GENERALIZADA PROGRESSIVA	1	475,59	475,59	5.707,08
	303040238	TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C/ LESÃO DA MEDULA ESPINHAL	1	409,32	409,32	4.911,81
	303040246	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS DE DOENCAS NEUROMUSCULARES	1	1.018,32	1.018,32	12.219,78
	303040254	TRATAMENTO DE MIASTENIA GRAVE	1	2.561,29	2.561,29	30.735,48
	303040262	TRATAMENTO DE POLINEUROPATIAS	2	2.971,78	5.943,57	71.322,82
	303040270	TRATAMENTO DE POLIRRADICULONEURITE DESMIELINIZANTE AGUDA	1	1.108,53	1.108,53	13.302,32
	303040289	TRATAMENTO DE SURTO DE ESCLEROSE MULTIPLA	1	1.113,55	1.113,55	13.362,63
	303040297	TRATAMENTO DE PROCESSO TOXI-INFECIOSO DO CEREBRO OU DA MEDULA ESPINHAL	1	1.725,05	1.725,05	20.700,63
030305	303050136	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	1	1.152,30	1.152,30	13.827,57
	303050144	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS DE ORIGEM INFECCIOSA	1	1.222,52	1.222,52	14.670,24
030306	303060026	TRATAMENTO DE ARRITMIAS	1	219,65	219,65	2.635,80
	303060050	TRATAMENTO DE CHOQUE ANAFILATICO	1	5.305,49	5.305,49	63.665,88
	303060077	TRATAMENTO DE CHOQUE HIPOVOLEMICO	1	1.835,15	1.835,15	22.021,77
	303060123	TRATAMENTO DE DOENCA REUMATICA S/ CARDITE	1	5.165,49	5.165,49	61.985,88
	303060131	TRATAMENTO DE EDEMA AGUDO DE PULMAO	1	1.850,38	1.850,38	22.204,51
	303060140	TRATAMENTO DE EMBOLIA PULMONAR	1	1.509,23	1.509,23	18.110,72
	303060166	TRATAMENTO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA EM VALVULA NATIVA	1	1.270,42	1.270,42	15.245,04
	303060190	TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	1	7.199,66	7.199,66	86.395,96
	303060204	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRITICA	1	345,68	345,68	4.148,16
	303060212	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	1	9.812,08	9.812,08	117.744,96
	303060220	TRATAMENTO DE LINFADENITES INESPECIFICAS	1	511,99	511,99	6.143,92
	303060239	TRATAMENTO DE MIOCARDIOPATIAS	1	12.897,76	12.897,76	154.773,12
	303060247	TRATAMENTO DE OUTRAS VASCULOPATIAS	1	4.175,50	4.175,50	50.106,00
	303060255	TRATAMENTO DE PARADA CARDIACA C/ RESSUSCITACAO	1	2.177,81	2.177,81	26.133,72
	303060298	TRATAMENTO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	1	668,56	668,56	8.022,66
030307	303070064	TRATAMENTO DE DOENCAS DO ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO	1	243,99	243,99	2.927,86
	303070072	TRATAMENTO DE DOENCAS DO FIGADO	1	1.904,05	1.904,05	22.848,59
	303070080	TRATAMENTO DE DOENCAS DO PERITONIO	1	359,62	359,62	4.315,44
	303070099	TRATAMENTO DE ENTERITES E COLITES NAO INFECCIOSAS	1	220,15	220,15	2.641,80
	303070102	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO DIGESTIVO	1	562,77	562,77	6.753,21



	303070110	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO INTESTINO	2	382,27	764,55	9.174,58
	303070129	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DAS VIAS BILIARES E PANCREAS	1	729,51	729,51	8.754,16
030308	303080051	TRATAMENTO DE DERMATITES E ECZEMAS	1	286,84	286,84	3.442,08
	303080060	TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS	5	487,89	2.439,46	29.273,55
	303080078	TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS	1	486,70	486,70	5.840,44
	303080086	TRATAMENTO DE FARMACODERMIAS	1	250,16	250,16	3.001,92
	303080094	TRATAMENTO DE OUTRAS AFECÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO	2	330,47	660,95	7.931,39
030309	303090138	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA / LESAO LIGAMENTAR / ARRANCAMENTO OSSEO AO NIVEL DA PELVE	1	643,34	643,34	7.720,02
	303090235	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUMA TORACO-LOMBO-SACRA C/ ORTESE	1	329,61	329,61	3.955,32
	303090316	TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATORIAS	5	626,23	3.131,15	37.573,74
030310	303100010	TRATAMENTO DE COMPLICACOES RELACIONADAS PREDOMINANTEMENTE AO PUERPERIO	5	507,92	2.539,58	30.474,95
	303100028	TRATAMENTO DE ECLAMPSIA	1	261,43	261,43	3.137,16
	303100036	TRATAMENTO DE EDEMA, PROTEINURIA E TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GRAVIDEZ PARTO E PUERPERIO	8	365,05	2.920,38	35.044,59
	303100044	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ	55	206,34	11.348,73	136.184,75
	303100052	TRATAMENTO DE MOLA HIDATIFORME	1	117,06	117,06	1.404,72
030311	303110015	TRATAMENTO DAS MALFORMACOES E DEFORMIDADES CONGENITAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	1	1.412,62	1.412,62	16.951,47
	303110023	TRATAMENTO DE ANOMALIAS CROMOSSOMICAS NAO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	1	2.024,51	2.024,51	24.294,16
	303110031	TRATAMENTO DE ESPINHA BIFIDA	1	743,36	743,36	8.920,32
	303110040	TRATAMENTO DE MALFORMACOES CONGENITAS DO APARELHO CIRCULATORIO	1	1.064,21	1.064,21	12.770,56
	303110066	TRATAMENTO DE MALFORMACOES CONGENITAS DO APARELHO URINARIO	1	490,16	490,16	5.881,92
	303110090	TRATAMENTO DE OUTRAS ANOMALIAS CONGENITAS DO SISTEMA NERVOSO	1	1.425,81	1.425,81	17.109,68
	303110104	TRATAMENTO DE OUTRAS MALFORMACOES CONGENITAS	1	2.591,06	2.591,06	31.092,69
030314	303140046	TRATAMENTO DAS DOENCAS CRONICAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	2	855,18	1.710,36	20.524,35
	303140070	TRATAMENTO DE DOENÇA DO OUVIDO EXTERNO MÉDIO E DA MASTÓIDE	1	228,53	228,53	2.742,32
	303140097	TRATAMENTO DE HEMORRAGIAS DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	1	584,93	584,93	7.019,10
	303140100	TRATAMENTO DE INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS SUPERIORES	1	193,07	193,07	2.316,84
	303140119	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DA PLEURA	1	557,98	557,98	6.695,76
	303140135	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO RESPIRATORIO	2	1.304,32	2.608,64	31.303,73
	303140143	TRATAMENTO DE OUTRAS INFECCOES AGUDAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	5	239,52	1.197,59	14.371,09
	303140151	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	30	2.667,24	80.017,09	960.205,13
030315	303150017	TRATAMENTO DE DOENCAS DOS ORGAOS GENITAIS MASCULINOS	3	141,36	424,09	5.089,11
	303150025	TRATAMENTO DE DOENCAS GLOMERULARES	1	2.086,32	2.086,32	25.035,89
	303150033	TRATAMENTO DE DOENCAS INFLAMATORIAS DOS ORGAOS PELVICOS FEMININOS	3	366,13	1.098,39	13.180,69



	303150041	TRATAMENTO DE DOENCAS RENAIIS TUBULO-INTERSTICIAIS	1	629,10	629,10	7.549,23
	303150050	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENCAS DO APARELHO URINARIO	10	448,14	4.481,36	53.776,26
	303150068	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS DO RIM E DO URETER	1	564,32	564,32	6.771,79
030316	303160020	TRATAMENTO DE INFECCOES ESPECIFICAS DO PERIODO PERINATAL	3	1.555,58	4.666,74	56.000,93
	303160039	TRATAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERIODO PERINATAL	3	896,95	2.690,85	32.290,18
	303160047	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS HEMORRAGICOS E HEMATOLOGICOS DO FETO E DO RECEM-NASCIDO	10	1.146,76	11.467,64	137.611,70
	303160055	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RELACIONADOS C/ A DURACAO DA GESTACAO E C/ O CRESCIMENTO FETAL	10	5.774,48	57.744,85	692.938,16
	303160063	TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RESPIRATORIOS E CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DO PERIODO NEONATAL	10	2.688,68	26.886,82	322.641,87
030410	304100013	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO	15	305,23	4.578,40	54.940,85
	304100021	TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO	15	1.459,57	21.893,53	262.722,38
030501	305010174	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA EM PACIENTE RENAL CRÔNICO SOB TRATAMENTO DIALÍTICO (POR DIA)	5	666,41	3.332,06	39.984,71
030502	305020013	TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	1	514,55	514,55	6.174,55
	305020021	TRATAMENTO DE CALCULOSE RENAL	8	292,42	2.339,37	28.072,44
	305020048	TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA	8	2.929,53	23.436,20	281.234,43
	305020056	TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC	10	1.313,37	13.133,70	157.604,38
030801	308010019	TRATAMENTO CLÍNICO/CONSERVADOR DE TRAUMATISMOS DE QUALQUER LOCALIZAÇÃO	15	488,10	7.321,54	87.858,47
	308010027	TRATAMENTO DE EFEITOS DE ASFIXIA / OUTROS RISCOS A RESPIRAÇÃO	1	899,59	899,59	10.795,08
	308010035	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS C/ LESAO DE ORGAO INTRA-TORACICO E INTRA-ABDOMINAL	3	459,21	1.377,64	16.531,66
	308010043	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MULTIPLAS REGIOES DO CORPO	1	438,79	438,79	5.265,44
030802	308020022	TRATAMENTO DE EFEITOS DO CONTATO C/ ANIMAIS E PLANTAS VENENOSOS	1	207,33	207,33	2.487,96
	308020030	TRATAMENTO DE INTOXICACAO OU ENVENENAMENTO POR EXPOSICAO A MEDICAMENTO E SUBSTANCIAS DE USO NAO MEDICINAL	3	794,43	2.383,28	28.599,40
030803	308030028	TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS	3	1.371,45	4.114,34	49.372,13
	308030036	TRATAMENTO DE QUEIMADURAS CORROSOES E GELADURAS	1	174,44	174,44	2.093,28
030804	308040015	TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS	15	772,98	11.594,68	139.136,13
031001	310010039	PARTO NORMAL	1	568,04	568,04	6.816,45
	310010047	PARTO NORMAL EM GESTACAO DE ALTO RISCO	50	729,90	36.494,91	437.938,95
	310010055	PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	30	-	-	-
SUBTOTAL			606		1.005.657,02	12.067.884,24



8.2. Internações Cirúrgicas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
040102	401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	30	669,38	20.081,30	240.975,62
	401020053	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	5	625,41	3.127,05	37.524,58
	401020061	EXÉRESE DE CISTO BRANQUIAL	1	434,66	434,66	5.215,96
	401020088	EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	1	143,72	143,72	1.724,64
	401020100	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	3	817,18	2.451,54	29.418,50
	401020126	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	1	403,15	403,15	4.837,85
040201	402010035	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	1	747,68	747,68	8.972,10
	402010043	TIREOIDECTOMIA TOTAL	1	901,34	901,34	10.816,02
	402010051	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	1	954,89	954,89	11.458,68
040301	403010012	CRANIOPLASTIA	1	2.571,92	2.571,92	30.863,09
	403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	1	6.755,88	6.755,88	81.070,53
	403010039	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	1	7.527,36	7.527,36	90.328,26
	403010098	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	1	9.886,97	9.886,97	118.643,67
	403010101	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	1	4.526,52	4.526,52	54.318,23
	403010187	REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	1	2.416,06	2.416,06	28.992,69
	403010195	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	1	6.371,58	6.371,58	76.458,95
	403010268	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO	2	2.265,92	4.531,83	54.381,98
	403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	2	7.862,04	15.724,08	188.688,95
	403010284	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	1	13.856,72	13.856,72	166.280,64
	403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	2	5.651,79	11.303,59	135.643,03
	403010314	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	2	2.758,39	5.516,77	66.201,29
	403010322	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	1	2.367,98	2.367,98	28.415,76
040302	403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	1	357,62	357,62	4.291,44
040401	404010024	AMIGDALECTOMIA	1	428,92	428,92	5.147,04
	404010172	LARINGECTOMIA PARCIAL	1	1.267,36	1.267,36	15.208,37
	404010180	LARINGECTOMIA TOTAL	1	1.268,28	1.268,28	15.219,36
	404010318	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	1	276,31	276,31	3.315,72
	404010377	TRAQUEOSTOMIA	1	8.593,35	8.593,35	103.120,20
	404010466	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	1	556,55	556,55	6.678,55
040402	404020070	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	1	585,90	585,90	7.030,80
	404020232	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	1	492,66	492,66	5.911,91
	404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	1	205,89	205,89	2.470,68
	404020470	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	1	1.056,13	1.056,13	12.673,56
	404020542	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	1	270,50	270,50	3.245,96
	404020585	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSÍNTESE.	1	395,70	395,70	4.748,40
	404020771	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	1	438,86	438,86	5.266,32
040403	404030076	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	1	1.108,46	1.108,46	13.301,51



040501	405010125	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	1	388,12	388,12	4.657,48
040504	405040067	ENUCLEAÇÃO DE GLOBO OCULAR	1	712,11	712,11	8.545,32
	405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	1	705,31	705,31	8.463,72
040601	406010773	PERICARDIOCENTESE	1	7.512,06	7.512,06	90.144,66
040602	406020167	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	1	4.844,38	4.844,38	58.132,56
	406020221	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	1	571,08	571,08	6.852,96
	406020493	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL	1	615,00	615,00	7.380,00
	406020515	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	1	2.661,06	2.661,06	31.932,72
	406020531	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	1	695,57	695,57	8.346,84
	406020540	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DO ABDÔMEN	1	1.694,60	1.694,60	20.335,20
040701	407010157	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	1	745,22	745,22	8.942,64
	407010165	GASTROENTEROANASTOMOSE	1	2.094,63	2.094,63	25.135,50
	407010190	GASTRORRAFIA	1	8.386,86	8.386,86	100.642,36
	407010211	GASTROSTOMIA	1	2.506,49	2.506,49	30.077,91
040702	407020039	APENDICECTOMIA	1	1.375,65	1.375,65	16.507,81
	407020047	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	1	945,83	945,83	11.349,96
	407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	1	787,11	787,11	9.445,36
	407020101	COLOSTOMIA	1	2.945,09	2.945,09	35.341,10
	407020152	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	1	717,62	717,62	8.611,38
	407020179	ENTERECTOMIA	1	6.919,13	6.919,13	83.029,56
	407020187	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	1	13.315,80	13.315,80	159.789,60
	407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECÇÃO (QUALQUER SEGMENTO)	1	959,84	959,84	11.518,05
	407020217	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	1	246,82	246,82	2.961,84
	407020225	EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANU-RETAL	1	636,81	636,81	7.641,72
	407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	1	1.999,19	1.999,19	23.990,28
	407020268	FECHAMENTO DE FÍSTULA DE RETO	1	374,14	374,14	4.489,68
	407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	2	441,60	883,20	10.598,34
	407020284	HEMORROIDECTOMIA	2	407,59	815,17	9.782,09
	407020306	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	1	5.291,74	5.291,74	63.500,85
	407020322	PLÁSTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	1	178,24	178,24	2.138,88
	407020470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO ANAL	1	370,76	370,76	4.449,12
040703	407030026	COLECISTECTOMIA	5	1.137,31	5.686,55	68.238,59
	407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	5	1.162,00	5.810,01	69.720,09
	407030069	COLEDOCOTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	1	674,19	674,19	8.090,28
	407030123	ESPLENECTOMIA	1	2.561,07	2.561,07	30.732,86
	407030140	HEPATORRAFIA	1	2.099,51	2.099,51	25.194,12
	407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	1	1.850,13	1.850,13	22.201,56
040704	407040013	DRENAGEM DE ABSCESSO PÉLVICO	1	1.711,53	1.711,53	20.538,36
	407040021	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRÊNICO	1	1.796,65	1.796,65	21.559,80
	407040030	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	1	593,02	593,02	7.116,27
	407040064	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	1	908,45	908,45	10.901,36
	407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1	690,68	690,68	8.288,16
	407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	1	1.801,04	1.801,04	21.612,48



	407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	4	836,83	3.347,33	40.167,96
	407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	1	668,89	668,89	8.026,68
	407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	3	482,67	1.448,02	17.376,28
	407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3	2.349,57	7.048,70	84.584,38
	407040170	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA DRENAGEM E/OU BIÓPSIA	1	703,71	703,71	8.444,52
	407040188	LIBERAÇÃO DE ADERÊNCIAS INTESTINAIS	1	1.757,06	1.757,06	21.084,70
	407040200	PERITONIOSTOMIA COM TELA INORGÂNICA	1	4.436,98	4.436,98	53.243,70
	407040234	RESSECÇÃO DO EPIPLOM	1	1.095,12	1.095,12	13.141,44
	407040242	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERAÇÃO)	2	862,54	1.725,08	20.700,96
040801	408010134	REDUÇAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	1	364,44	364,44	4.373,25
	408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	4	584,14	2.336,57	28.038,81
	408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	2	440,01	880,01	10.560,13
	408010223	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	1	468,08	468,08	5.616,96
040802	408020016	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO	1	450,98	450,98	5.411,76
	408020024	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	1	682,94	682,94	8.195,28
	408020091	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	1	486,15	486,15	5.833,80
	408020105	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	1	386,92	386,92	4.642,98
	408020172	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA NO PUNHO	2	286,22	572,43	6.869,21
	408020199	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	1	190,31	190,31	2.283,72
	408020202	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	1	337,78	337,78	4.053,39
	408020210	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS	4	129,17	516,67	6.200,08
	408020229	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	1	406,39	406,39	4.876,70
	408020296	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	1	179,94	179,94	2.159,28
	408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	1	273,54	273,54	3.282,48
	408020334	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO	1	544,57	544,57	6.534,85
	408020342	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	2	204,34	408,68	4.904,19
	408020350	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPI-CÔNDILO / EPITROClea DO ÚMERO	1	1.107,98	1.107,98	13.295,76
	408020369	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO	4	461,57	1.846,27	22.155,18
	408020377	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	10	315,79	3.157,91	37.894,98
	408020385	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	5	543,27	2.716,33	32.595,95
	408020393	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	5	614,05	3.070,26	36.843,14
	408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	10	501,82	5.018,21	60.218,53



	408020415	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	1	466,28	466,28	5.595,30
	408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	5	821,36	4.106,82	49.281,87
	408020431	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	5	559,30	2.796,48	33.557,78
	408020440	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	1	337,96	337,96	4.055,52
	408020466	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	1	357,29	357,29	4.287,50
	408020512	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	1	688,27	688,27	8.259,24
	408020520	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	1	209,02	209,02	2.508,24
	408020539	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	1	200,60	200,60	2.407,20
	408020547	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	1	528,54	528,54	6.342,48
	408020555	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	1	205,79	205,79	2.469,44
	408020563	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	1	834,27	834,27	10.011,18
	408020571	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	1	613,19	613,19	7.358,28
	408020601	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	1	233,29	233,29	2.799,48
	408020628	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPACO INTERDIGITAL)	1	208,60	208,60	2.503,20
040803	408030534	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	1	3.112,88	3.112,88	37.354,60
	408030542	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	1	3.058,20	3.058,20	36.698,40
040804	408040050	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	1	4.972,70	4.972,70	59.672,36
	408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	1	4.449,88	4.449,88	53.398,56
	408040130	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	1	1.335,71	1.335,71	16.028,52
	408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	1	2.242,17	2.242,17	26.906,04
	408040190	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA	1	510,37	510,37	6.124,45
	408040203	REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO	1	198,28	198,28	2.379,36
	408040262	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR	1	1.547,89	1.547,89	18.574,62
	408040343	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	1	1.655,28	1.655,28	19.863,30
040805	408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	4	4.597,91	18.391,64	220.699,68
	408050020	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	1	462,31	462,31	5.547,72
	408050039	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	1	526,56	526,56	6.318,66



408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	1	1.845,19	1.845,19	22.142,26
408050136	RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO QUADRICIPITAL	1	2.242,66	2.242,66	26.911,90
408050195	REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	1	168,14	168,14	2.017,62
408050217	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	1	301,27	301,27	3.615,24
408050233	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA PROXIMAL DO FÊMUR	1	647,33	647,33	7.767,92
408050268	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO	1	684,93	684,93	8.219,16
408050330	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PÉ)	1	2.708,61	2.708,61	32.503,26
408050357	SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	1	304,06	304,06	3.648,72
408050454	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DE OSSOS DO MÉDIO-PE	1	399,24	399,24	4.790,82
408050462	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSÍANOS	4	419,68	1.678,70	20.144,45
408050470	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS PODODÁCTILOS	1	480,09	480,09	5.761,09
408050489	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA PROXIMAL (COLO) DO FÊMUR (SÍNTESE)	1	1.574,39	1.574,39	18.892,71
408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO	5	678,90	3.394,49	40.733,89
408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	5	1.577,76	7.888,79	94.665,51
408050519	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	3	1.725,30	5.175,89	62.110,70
408050527	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PÁTELA POR FIXAÇÃO INTERNA	3	585,38	1.756,14	21.073,63
408050535	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	3	882,76	2.648,28	31.779,33
408050543	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	3	930,61	2.791,84	33.502,12
408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	3	975,22	2.925,66	35.107,90
408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	3	665,77	1.997,31	23.967,77
408050586	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILÉANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	1	1.124,43	1.124,43	13.493,16
408050594	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	1	1.132,28	1.132,28	13.587,36
408050608	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA	1	1.090,17	1.090,17	13.082,01
408050616	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	2	2.087,10	4.174,20	50.090,34
408050624	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILÉANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	2	1.759,86	3.519,72	42.236,63
408050632	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	4	2.802,44	11.209,76	134.517,12
408050667	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	1	636,81	636,81	7.641,72
408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	1	907,48	907,48	10.889,74
408050713	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATÁRSICA	1	345,87	345,87	4.150,40



	408050748	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	1	498,49	498,49	5.981,88
	408050764	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	1	394,75	394,75	4.736,96
	408050799	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	1	922,39	922,39	11.068,68
	408050861	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	1	1.113,02	1.113,02	13.356,21
	408050870	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	1	811,19	811,19	9.734,28
040806	408060018	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	1	388,90	388,90	4.666,74
	408060042	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	5	458,95	2.294,76	27.537,08
	408060123	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	1	1.788,37	1.788,37	21.460,38
	408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	1	198,12	198,12	2.377,46
	408060166	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	1	258,61	258,61	3.103,32
	408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	1	649,74	649,74	7.796,88
	408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	1	343,25	343,25	4.119,00
	408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	1	1.616,94	1.616,94	19.403,31
	408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	1	115,88	115,88	1.390,56
	408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	2	880,20	1.760,39	21.124,73
	408060328	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	1	155,08	155,08	1.860,96
	408060336	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	1	140,33	140,33	1.683,96
	408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	3	159,20	477,60	5.731,23
	408060360	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	4	288,83	1.155,30	13.863,62
	408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	5	354,85	1.774,25	21.291,04
	408060409	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	1	691,52	691,52	8.298,18
	408060425	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	1	250,84	250,84	3.010,04
	408060450	TENOMIORRAFIA	2	253,07	506,13	6.073,57
	408060468	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	1	365,57	365,57	4.386,80
	408060484	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	5	502,21	2.511,03	30.132,41
	408060557	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)	2	1.152,60	2.305,20	27.662,42
	408060565	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	1	1.182,99	1.182,99	14.195,88
	408060573	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	1	284,42	284,42	3.413,04
	408060638	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	1	208,60	208,60	2.503,20
	408060700	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	1	281,94	281,94	3.383,28
040901	409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	5	722,54	3.612,69	43.352,33
	409010081	CISTORRAFIA	1	1.144,03	1.144,03	13.728,32
	409010090	CISTOSTOMIA	5	1.614,21	8.071,05	96.852,62
	409010138	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	1	1.758,08	1.758,08	21.096,98
	409010170	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	5	851,09	4.255,45	51.065,38



	409010197	LOMBOTOMIA	1	7.379,25	7.379,25	88.551,00
	409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL	1	1.556,84	1.556,84	18.682,04
	409010219	NEFRECTOMIA TOTAL	1	5.338,43	5.338,43	64.061,22
	409010286	NEFROSTOMIA COM OU SEM DRENAGEM	1	3.134,49	3.134,49	37.613,86
	409010294	NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA	1	2.034,30	2.034,30	24.411,64
	409010324	PIELOPLASTIA	1	1.242,26	1.242,26	14.907,12
	409010375	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	1	536,04	536,04	6.432,48
	409010383	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL	1	785,30	785,30	9.423,60
	409010430	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	1	376,54	376,54	4.518,48
	409010510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URETEROCELE	1	730,90	730,90	8.770,74
	409010537	URETEROCISTONEOSTOMIA	1	841,54	841,54	10.098,48
	409010553	URETEROENTEROSTOMIA	1	848,87	848,87	10.186,44
	409010561	URETEROLITOTOMIA	1	2.725,13	2.725,13	32.701,58
	409010570	URETEROPLASTIA	1	2.655,93	2.655,93	31.871,16
	409010596	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	1	1.227,64	1.227,64	14.731,64
040902	409020079	MEATOTOMIA SIMPLES	1	521,72	521,72	6.260,64
	409020176	URETROTOMIA INTERNA	1	385,28	385,28	4.623,39
040903	409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	1	1.515,99	1.515,99	18.191,83
	409030040	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	1	2.144,78	2.144,78	25.737,35
	409040070	EXÊRESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO	1	462,46	462,46	5.549,52
	409040096	EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DA BOLSA ESCROTAL	1	395,73	395,73	4.748,78
040904	409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	1	360,07	360,07	4.320,84
	409040142	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	1	671,54	671,54	8.058,50
	409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	1	560,53	560,53	6.726,40
	409040177	PLÁSTICA DA BOLSA ESCROTAL	1	323,07	323,07	3.876,84
	409040215	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	1	298,01	298,01	3.576,16
	409040231	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	1	265,56	265,56	3.186,72
040905	409050016	AMPUTAÇÃO DE PÊNIS	1	962,05	962,05	11.544,60
	409050075	PLÁSTICA TOTAL DO PÊNIS	1	532,04	532,04	6.384,42
	409050083	POSTECTOMIA	1	597,41	597,41	7.168,97
	409050113	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PRIAPISMO	1	2.297,39	2.297,39	27.568,64
040906	409060011	CERCLAGEM DE COLO DO ÚTERO	1	275,95	275,95	3.311,45
	409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	5	528,78	2.643,90	31.726,80
	409060046	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	1	550,89	550,89	6.610,68
	409060070	ESVAZIAMENTO DE ÚTERO POS-ABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	1	313,96	313,96	3.767,52
	409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	1	818,28	818,28	9.819,40
	409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	4	1.409,71	5.638,85	67.666,18
	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	4	1.094,93	4.379,71	52.556,50
	409060178	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCOPIO	1	240,62	240,62	2.887,48
	409060194	MIOMECTOMIA	1	732,17	732,17	8.786,02
	409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	5	662,00	3.309,98	39.719,70
	409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	1	611,93	611,93	7.343,16
040907	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	1	495,44	495,44	5.945,22
	409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	1	416,61	416,61	4.999,32
	409070130	EPISIOPERINEORRAFIA NÃO OBSTÉTRICA	1	140,45	140,45	1.685,34
	409070149	EXÊRESE DE CISTO VAGINAL	1	372,54	372,54	4.470,48
	409070157	EXÊRESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	289,66	289,66	3.475,97
	409070190	MARSUPIALIZAÇÃO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN	1	155,96	155,96	1.871,52
	409070238	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL	1	443,64	443,64	5.323,68
	409070254	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL	1	1.220,43	1.220,43	14.645,16



	409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	1	135,35	135,35	1.624,20
	409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	1	406,33	406,33	4.875,99
	409070289	TRATAMENTO CIRURGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA	1	830,09	830,09	9.961,08
041001	410010014	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	1	348,63	348,63	4.183,52
	410010065	MASTECTOMIA SIMPLES	1	1.240,89	1.240,89	14.890,68
	410010073	PLASTICA MAMÁRIA FEMININA NAO ESTETICA	1	702,21	702,21	8.426,55
	410010081	PLASTICA MAMÁRIA MASCULINA	1	900,25	900,25	10.803,00
	410010111	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	5	442,65	2.213,24	26.558,88
	410010138	RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA	1	354,78	354,78	4.257,36
041101	411010018	DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA	1	167,41	167,41	2.008,92
	411010026	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	130	1.147,29	149.147,94	1.789.775,28
	411010077	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	1	379,91	379,91	4.558,88
041102	411020013	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	15	312,98	4.694,72	56.336,69
	411020030	HISTERECTOMIA PUERPERAL	2	1.928,95	3.857,90	46.294,80
	411020048	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	5	710,87	3.554,34	42.652,08
041201	412010119	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FÍSTULA TRAQUEO-CUTÂNEA	1	524,22	524,22	6.290,64
041204	412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	8	3.766,68	30.133,46	361.601,53
041301	413010015	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO	2	296,58	593,15	7.117,81
	413010082	TRATAMENTO DE MEDIO QUEIMADO	1	736,70	736,70	8.840,40
041304	413040046	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL NAO ESTETICA (PLÁSTICA ABDOMINAL)	1	766,72	766,72	9.200,64
	413040119	RECONSTRUCAO DE LÓBULO DA ORELHA	1	405,61	405,61	4.867,34
	413040127	RECONSTRUCAO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	1	290,74	290,74	3.488,82
	413040135	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA	2	308,39	616,79	7.401,47
	413040143	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLOS ESTAGIOS)	1	338,95	338,95	4.067,40
	413040151	TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO	1	744,62	744,62	8.935,44
	413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	1	1.370,81	1.370,81	16.449,69
	413040240	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO	20	350,22	7.004,49	84.053,87
041501	415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	64	2.341,05	149.827,52	1.797.930,23
041502	415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	5	9.495,18	47.475,91	569.710,95
041503	415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	15	4.002,75	60.041,24	720.494,90
041504	415040035	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	90	925,35	83.281,42	999.377,08
SUBTOTAL			814		1.071.752,02	12.861.024,25



9. Assistência Hospitalar - Detalhamento dos Serviços - Alta Complexidade

9.1. Internações cirúrgicas por especialidade - NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030304	303040068	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOR REBELDE DE ORIGEM CENTRAL OU NEOPLÁSICA	10	627,85	6.278,54	75.342,51
	303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE	20	4.586,48	91.729,52	1.100.754,29
	303040114	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	6	1.218,50	7.310,99	87.731,88
	303040122	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	8	1.217,92	9.743,38	116.920,60
030318	303180013	TRATAMENTO DE AFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV/AIDS	2	2.018,13	4.036,25	48.435,04
SUBTOTAL			46		119.098,69	1.429.184,32
040301	403010047	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO	1	8.403,07	8.403,07	100.836,84
	403010055	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	1	6.979,91	6.979,91	83.758,96
	403010071	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	1	2.919,21	2.919,21	35.030,48
	403010225	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ABERTO	1	7.595,05	7.595,05	91.140,56
	403010241	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUORICA CRANIANA	1	7.874,65	7.874,65	94.495,80
	403010292	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	1	7.342,43	7.342,43	88.109,11
	403010390	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	1	3.124,42	3.124,42	37.493,01
040302	403020050	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFÉRICO	1	797,04	797,04	9.564,48
	403020069	MICRONEURORRAFIA	1	1.417,76	1.417,76	17.013,12
	403020115	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	2	1.322,46	2.644,92	31.739,04
040303	403030013	CRANIOTOMIA PARA BIÓPSIA ENCEFÁLICA	1	5.856,22	5.856,22	70.274,64
	403030056	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO	1	1.969,97	1.969,97	23.639,64
	403030080	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	1	4.320,96	4.320,96	51.851,52
	403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	1	10.000,51	10.000,51	120.006,12
	403030161	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	1	3.485,78	3.485,78	41.829,38
040803	408030054	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	1	16.715,44	16.715,44	200.585,22
	408030062	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	1	7.023,51	7.023,51	84.282,12
	408030100	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	1	3.898,28	3.898,28	46.779,36
	408030275	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	1	6.388,90	6.388,90	76.666,85
	408030283	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	1	6.752,42	6.752,42	81.029,04
	408030313	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	1	9.900,01	9.900,01	118.800,12
	408030321	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NÍVEIS,	1	8.097,21	8.097,21	97.166,46
	408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	1	1.975,74	1.975,74	23.708,88



	408030410	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	1	2.202,17	2.202,17	26.426,08
	408030569	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	1	1.893,52	1.893,52	22.722,24
	408030585	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	1	980,95	980,95	11.771,40
	408030631	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	1	2.187,86	2.187,86	26.254,26
040806	408060255	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO	1	1.130,76	1.130,76	13.569,12
	408060263	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	1	2.630,41	2.630,41	31.564,92
	408060298	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO POR DESLIZAMENTO	1	508,64	508,64	6.103,68
041502	415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	5	10.439,89	52.199,46	626.393,55
041503	415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	10	10.236,06	102.360,60	1.228.327,22
SUBTOTAL			46		301.577,77	1.905.958,49
TOTAL - NEUROLOGIA			92		420.676,46	3.335.142,81

9.2. Internações cirúrgicas por especialidade - ONCOLOGIA

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
030408	304080020	INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRAÇÃO CONTÍNUA	1	1.647,67	1.647,67	19.772,04
	304080039	INTERNAÇÃO P/ QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIAS AGUDAS / CRÔNICAS AGUDIZADAS	5	9.663,77	48.318,85	579.826,20
SUBTOTAL			6		49.966,52	599.598,24
041502	415020050	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	47	7.244,44	340.488,65	4.085.863,85
041601	416010016	AMPUTAÇÃO DE PÊNIS EM ONCOLOGIA	1	1.071,18	1.071,18	12.854,16
	416010075	NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1	2.271,61	2.271,61	27.259,26
	416010113	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	1.093,47	1.093,47	13.121,64
	416010121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	1	5.498,26	5.498,26	65.979,14
	416010130	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	1	4.756,15	4.756,15	57.073,76
	416010172	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	4	2.357,87	9.431,47	113.177,61
	416010180	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	1	9.114,63	9.114,63	109.375,56
	416010199	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	1	20.684,45	20.684,45	248.213,40
	416010210	NEFRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	3.150,39	3.150,39	37.804,68
041602	416020151	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	2.669,23	2.669,23	32.030,70
	416020160	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	2.976,14	2.976,14	35.713,68
	416020178	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	4.453,38	4.453,38	53.440,56
	416020186	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	3.015,15	3.015,15	36.181,80
	416020208	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	2.292,67	2.292,67	27.511,99
	416020216	LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	3.589,76	3.589,76	43.077,08
	416020224	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	1	5.448,70	5.448,70	65.384,40
	416020232	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	1	2.812,21	2.812,21	33.746,48



041603	416030041	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR EM ONCOLOGIA	1	871,27	871,27	10.455,24
	416030068	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	1.133,94	1.133,94	13.607,28
	416030092	PAROTIDECTOMIA EM ONCOLOGIA	1	1.748,15	1.748,15	20.977,80
	416030211	FARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	2.846,88	2.846,88	34.162,52
	416030246	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA	1	1.032,69	1.032,69	12.392,28
	416030254	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	4.036,39	4.036,39	48.436,69
	416030270	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	2	3.072,62	6.145,24	73.742,88
041604	416030297	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL EM ONCOLOGIA	1	1.125,96	1.125,96	13.511,54
	416040071	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1	6.572,42	6.572,42	78.869,04
	416040209	LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM RESSECÇÃO COMPLETA OU INCOMPLETA DO TUMOR EM ONCOLOGIA	3	5.306,72	15.920,15	191.041,81
041605	416040217	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	5.936,05	5.936,05	71.232,58
	416050026	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA	1	3.584,23	3.584,23	43.010,76
041606	416050077	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	1	10.678,99	10.678,99	128.147,82
	416060013	AMPUTAÇÃO CONICA DO COLO DO UTERO EM ONCOLOGIA	8	1.894,03	15.152,23	181.826,74
	416060021	ANEXECTOMIA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA	1	1.650,66	1.650,66	19.807,92
	416060056	HISTERECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA	1	5.506,09	5.506,09	66.073,08
	416060064	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	1	5.957,57	5.957,57	71.490,84
	416060110	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	1	2.536,27	2.536,27	30.435,22
041608	416060129	LAPAROTOMIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVÁRIO EM ONCOLOGIA	1	5.851,63	5.851,63	70.219,56
	416080030	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE COM PLASTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO EM ONCOLOGIA	1	460,96	460,96	5.531,52
	416080081	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	1	3.639,59	3.639,59	43.675,03
041609	416080120	EXTIRPAÇÃO MÚLTIPLA DE LESÃO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	1	1.915,13	1.915,13	22.981,50
	416090010	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES EM ONCOLOGIA	1	3.014,97	3.014,97	36.179,64
	416090109	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE) OU COM RECONSTRUÇÃO E FIXAÇÃO EM ONCOLOGIA	1	26.209,63	26.209,63	314.515,50
041612	416090133	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	3	4.470,45	13.411,35	160.936,19
	416120024	MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	1	2.744,32	2.744,32	32.931,89
	416120032	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	1	2.232,19	2.232,19	26.786,28
	416120040	RESSECÇÃO DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	1	1.547,42	1.547,42	18.569,04
SUBTOTAL			108		580.641,50	6.967.698,04
TOTAL ONCOLOGIA			114		630.608,02	7.567.296,28

9.3. Internações cirúrgicas por especialidade

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
040402	404020240	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	1	882,16	882,16	10.585,86
	404020461	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	1	804,81	804,81	9.657,72



040403	404030262	PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	1	1.511,65	1.511,65	18.139,85
040602	406020078	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL)	1	436,64	436,64	5.239,68
041501	415010012	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	2	2.074,04	4.148,08	49.777,01
TOTAL - OUTRAS CIRURGIAS			6		7.783,34	93.400,12

10. Assistência Hospitalar – Organizar e procura de órgãos – FAEC

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	META FÍSICA MENSAL	VALOR MÉDIO AIH	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
50301	503010014	AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	6	2.905,23	17.431,37	209.176,46
TOTAL			6		17.431,37	209.176,46

VALOR FINANCEIRO TOTAL DOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAS E HOSPITALARES	META FÍSICA MENSAL	META FÍSICA ANUAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	33.871	406.452	5.027.730,13	58.619.786,87
FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC	4.232	50.784	1.179.309,17	14.151.710,06
TOTAL	38.103	457.236	6.207.039,30	72.771.496,92

11. INCENTIVOS E INCREMENTOS – FEDERAL – CRITÉRIOS E COMPROMISSOS PARA O REPASSE DE VALORES PRÉ-FIXADOS

11.1. INCENTIVO DE ADESÃO A CONTRATUALIZAÇÃO – IAC (portaria nº 2.025, de 25 de setembro de 2008, portaria nº 2.506, de 26 de outubro de 2011, portaria nº 1.416, de 6 de julho de 2012, portaria nº 3.172, de 28 de dezembro de 2012, portaria nº 3.166, de 20 de dezembro de 2013)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC	R\$ 1.374.327,84	R\$ 16.491.934,08

O repasse de incentivo do IAC estará condicionado à instituição comprovar que:

- Possui trinta ou mais leitos ativos, devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-Saúde) ou já tenham protocolado pedido de certificação originária ou renovação;
- Estar contratualizado no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do Sistema Único de Saúde ou do Programa de Restauração dos Hospitais de Ensino;
- Apresentar produção de serviços de média a alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

11.2. Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS (Portaria nº 2.025, de 25 de setembro de 2008)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS	R\$ 7.243,54	R\$ 86.922,48



De acordo com o Art. 529 da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS estará condicionado à comprovação de que a instituição Santa Casa:

- Informar, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), na sua totalidade, as internações de pacientes não usuários do SUS; e
- Não ter denúncias comprovadas de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS.

Observação: De acordo com o Art. 530 da Portaria de Consolidação Nº 5/2017, os hospitais habilitados ao INTEGRASUS que, a qualquer tempo, deixarem de cumprir com quaisquer dos requisitos listados no art. 529 sofrerão penalidades de advertência ou de desabilitação mediante avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

11.3. INCENTIVO FINANCEIRO 100% SUS (Portaria nº 1.851, de 29 de agosto de 2012, portaria GM/MS nº 3.528, de 12 de abril de 2024)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo Financeiro 100% SUS	R\$ 456.514,62	R\$ 5.478.175,40

De acordo com a Portaria nº 929/2012, o repasse do Incentivo Financeiro 100% SUS está condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos, os quais já são mantidos pela instituição:

- Manter protocolos clínicos, assistenciais e administrativos adotados em todos os serviços;
- Garantir o funcionamento do Acolhimento com Classificação de Risco em sua Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência;
- Assegurar boas práticas de segurança e qualidade no atendimento ambulatorial e hospitalar;
- Manter a organização multiprofissional em modelo horizontal, com prontuário único compartilhado por toda a equipe;
- Consolidar mecanismos de gestão da clínica para qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização de fluxos e acompanhamento dos casos por equipe de referência;
- Dar continuidade às atividades regulares de educação permanente voltadas às equipes multiprofissionais;
- Realizar o monitoramento mensal das Taxas de Ocupação e da Média de Permanência em clínica médica, leitos de longa permanência e UTIs;
- Assegurar que 100% dos serviços permaneçam regulados pelo gestor local, por meio das Centrais de Regulação ou mecanismos locais.

Observação: O não cumprimento de qualquer desses critérios implicará na suspensão do repasse do Incentivo Financeiro 100% SUS.



11.4. INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL - RESIDÊNCIA MÉDICA (Portaria nº 3.127, de 28 de dezembro de 2016)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo financeiro de custeio mensal, referente à Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da formação de especialistas na modalidade Residência Médica	R\$ 64.000,00	R\$ 768.000,00

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.127/2016 e a Portaria GM/MS nº 1.248/2013, o repasse do Incentivo Hospital de Ensino – Residência Médica está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

- Garantir o funcionamento contínuo das vagas de residência médica habilitadas;
- Disponibilizar ≥ 5 leitos hospitalares por residente, quando em ambiente hospitalar.
- Manter infraestrutura acadêmica adequada, incluindo biblioteca, salas de estudo e acesso à internet.
- Realizar, trimestralmente, avaliação de satisfação com residentes e preceptores.
- Ofertar atividades regulares de Educação Permanente para residentes e preceptores.
- Executar, semestralmente, ações de integração ensino-serviço, como seminários, auditorias clínicas ou projetos multiprofissionais.
- Garantir a participação da COREME no planejamento pedagógico e no monitoramento das metas.

Observação: O não cumprimento das metas quantitativas ou qualitativas poderá implicar na suspensão do repasse do incentivo, conforme disposto nas portarias.

11.5. INCENTIVO REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA

11.5.1. PORTA DE ENTRADA (Portaria nº 1.742, de 20 de agosto de 2013)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Porta de Entrada Hospitalar de Urgência classificado como Hospital Especializado Tipo II	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

- Garantir acolhimento com Classificação de Risco em todos os atendimentos da porta de entrada.
- Implementar e manter protocolos clínico-assistenciais e administrativos.
- Assegurar integração efetiva com SAMU, UPA e demais pontos da rede.
- Realizar auditoria clínica trimestral sobre o fluxo e desfecho dos atendimentos.
- Promover educação permanente com as equipes de urgência e setores de apoio.
- Garantir contrarreferência responsável dos usuários para continuidade do cuidado.
- Atender 100% das demandas de urgência/emergência reguladas pela Central de Regulação.
- Manter equipe multiprofissional disponível 24h/dia, 7 dias/semana.
- Monitorar mensalmente número de atendimentos de urgência/emergência realizados.
- Assegurar retaguarda com disponibilidade de leitos clínicos, cirúrgicos e de UTI conforme demanda.



11.5.2. LEITOS DE UTI PEDIÁTRICA

Número de Leitos de UTI PEDIÁTRICA RUE TIPO II	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário do Incentivo*	Valor Mensal	Valor Anual
08	2.920**	R\$ 321,28	R\$ 70.360,32	R\$ 844.323,84

*Baseado na Portaria de Consolidação Nº 6/2017.

** Nº de diárias/ano (100% de ocupação) = $8 \times 365 \times 1,00 = 2.920$ diárias

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs	Avaliação documental	Apresentar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs instituídas,	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Instrumentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2017).	Protocolos instituídos pela unidade
2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da unidade, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição
3	Oferta integral dos leitos contratualizados à Central de Regulação do município	Avaliação documental	Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos.	Leito hospitalar de internação á a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermagem, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (BRASIL, 2002).	Relatório FAST MEDIC e instrumento contratual.
4	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
5	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 15 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC



11.6. INCENTIVO REDE ALYNE

11.6.1. CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (Portaria nº 3.365, de 17 de dezembro de 2019, Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	R\$ 60.000,00	R\$ 720.000,00*
	R\$ 18.000,00	R\$ 216.000,00**
Total	R\$ 78.000,00	R\$ 936.000,00

* valor referente a Portaria nº 3.365, de 17 de dezembro de 2019;

** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024.

Baseado na Portaria GM/MS nº 1.020/2013, Portaria GM/MS nº 1.459/2011 (Rede Cegonha), Portaria GM/MS nº 3.446/2019 e Portaria GM/MS nº 5.350/2024 (Rede Alyne). O repasse deste incentivo será realizado mensalmente, condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

- Garantir capacidade instalada de acordo com a habilitação, vinculada ao hospital de referência da Gestação de Alto Risco (GAR).
- Manter a CGBP situada em até 5 km do hospital de referência, ou justificar e pactuar em CIB se excepcionalmente localizada em maior distância.
- Disponibilizar estrutura física adequada (dormitórios, banheiros, cozinha, sala) compatível com o número de usuárias.
- Ofertar acolhimento, hospedagem, alimentação, orientação e acompanhamento a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco.
- Garantir que a assistência clínica seja assegurada durante a permanência.
- Assegurar visita aberta com horários ampliados e flexíveis.
- Manter enfermeiro responsável, com supervisão do hospital à noite e nos finais de semana.
- Manter técnico de enfermagem 24h/dia, 7 dias/semana.
- Garantir coordenador técnico-administrativo, podendo ser o próprio enfermeiro responsável.
- Desenvolver ações de prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana de saúde da puérpera e do recém-nascido.
- Fornecer insumos, suprimentos e materiais necessários para funcionamento e higienização.
- Implementar programas de apoio ao aleitamento materno e ao Método Canguru para todos os elegíveis.

11.6.2. CENTRO DE PARTO NORMAL – TIPO II 5 PPP (Portaria nº 3.446, de 17 de dezembro de 2019, Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024)

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo CPNi tipo II com 5 (cinco) quartos PPP	R\$ 70.000,00	R\$ 840.000,00*
	R\$ 21.000,00	R\$ 252.000,00**
Total	R\$ 91.000,00	R\$ 1.092.000,00

* valor referente a Portaria nº 3.446, de 17 de dezembro de 2019;

** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024.



Base normativa: Portaria GM/MS nº 11/2015

O repasse deste incentivo será realizado mensalmente, condicionado ao cumprimento das seguintes metas:

- Manter funcionamento contínuo dos 5 PPP com disponibilidade 24h/dia.
- Garantir produção mínima de 840 partos normais/ano (média 70/mês), conforme pactuação.
- Garantir a presença de enfermeiras obstétricas em todos os turnos, com equipe mínima prevista em portaria.
- Oferecer ambiente humanizado, com direito a acompanhante de livre escolha, incentivo ao parto vertical, banho de aspersão e métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- Promover aleitamento materno na primeira hora de vida em $\geq 90\%$ dos partos.
- Monitorar indicadores assistenciais (episiotomia, lacerações, Apgar <7 , contato pele a pele imediato, transferências).
- Reduzir a taxa de cesarianas desnecessárias conforme pactuação regional.

11.6.3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II – UTI NEO II (Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012, Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024)

Número de Leitos de UTI NEONATAL REDE ALYNE TIPO II	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário do Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
15	6.935*	R\$ 321,28	R\$ 167.105,76	R\$ 2.005.269,12**
		R\$ 120,00	R\$ 49.275,00	R\$ 591.300,00***
Total		R\$ 441,28	R\$ 216.380,76	R\$ 2.596.569,12

* N° de diárias/ano (100% de ocupação) = $15 \times 365 \times 1,00 = 6.935$ diárias

** valor referente a Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012;

*** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs	Avaliação documental	Apresentar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs instituídas,	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Instrumentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2017).	Protocolos instituídos pela unidade
2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da unidade, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição



			dia e em todos os dias da semana.		
3	Oferta integral dos leitos contratualizados à Central de Regulação do município	Avaliação documental	Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos.	Leito hospitalar de internação á a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (BRASIL, 2002).	Relatório FAST MEDIC e instrumento contratual.
4	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados dos	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
5	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 15 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC

11.6.4. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL

Número de Leitos - UCINCo	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário do Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
15	6.935*	R\$ 280,00	R\$ 114.975,00	R\$ 1.379.700,00**
		R\$ 20,00	R\$ 8.212,50	R\$ 98.550,00***
Total		R\$ 300,00	R\$ 123.187,50	R\$ 1.478.250,00

* Nº de diárias/ano (100% de ocupação) = $15 \times 365 \times 1,00 = 6.935$ diárias

** valor referente a Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012;

*** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Implantação de Protocolos Clínicos Neonatais	Avaliação documental	Manter protocolos institucionais atualizados e aplicados (infecção, nutrição, ventilação não invasiva, aleitamento)	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Instrumentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2017).	Protocolos instituídos pela unidade



2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da unidade, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição
3	Atendimento Multiprofissional Diário	Avaliação documental e registros em prontuário	Garantir avaliação multiprofissional diária (médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social) em 100% das admissões	Organização do cuidado centrado no paciente com equipe multiprofissional	Prontuários e escalas multiprofissionais.
4	Humanização e Acolhimento Familiar	Observação e registros em prontuário	Garantir visita aberta e participação familiar em 100% dos casos	Estratégia de humanização do cuidado neonatal e fortalecimento do vínculo mãe-bebê	Relatórios de visita aberta / observação clínica
5	Programas Contínuos de Humanização	Avaliação documental	Desenvolver programas contínuos de humanização (contato pele a pele, visita aberta, participação da família no cuidado)	Conjunto de práticas assistenciais centradas no bebê e na família, alinhadas ao Método Canguru e à PNHOSP	Relatórios de humanização / observação clínica
6	Educação Permanente da Equipe	Avaliação documental	Realizar pelo menos 1 ação de capacitação/mês para equipe multiprofissional	Treinamentos periódicos e sistemáticos para atualização e qualificação da assistência neonatal	Frequências
7	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
8	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 10 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC

11.6.5. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU

Número de Leitos - UCINCa	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário do Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
07	2.555*	R\$ 150,00	R\$ 28.743,75	R\$ 344.925,00**
		R\$ 150,00	R\$ 28.743,75	R\$ 344.925,00***
Total		R\$ 300,00	R\$ 57.487,50	R\$ 689.850,00

* Nº de diárias/ano (100% de ocupação) = $07 \times 365 \times 1,00 = 2.555$ diárias

** valor referente a Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012;

*** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024



De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Implantação de Protocolos Clínicos Neonatais	Avaliação documental	Manter protocolos institucionais atualizados e aplicados (infecção, nutrição, ventilação não invasiva, aleitamento)	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Instrumentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2017).	Protocolos instituídos pela unidade
2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da unidade, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição
3	Implantação e Monitoramento do Método Canguru	Avaliação documental	Garantir aplicação do Método Canguru em 100% dos RN elegíveis	Estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, em três etapas	Protocolos instituídos pela unidade
4	Participação Familiar no Cuidado	registros em prontuário	Garantir participação diária da mãe/pai/cuidador em 100% dos casos internados	Fortalecimento do vínculo e corresponsabilidade no cuidado	Relatório
5	Educação Permanente da Equipe	Avaliação documental	Realizar pelo menos 1 ação de capacitação/mês para equipe multiprofissional	Treinamentos periódicos e sistemáticos para atualização e qualificação da assistência neonatal	Frequências
6	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
7	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 10 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
8	Taxa de Aleitamento Materno Exclusivo na Alta	Avaliação documental	Garantir ≥ 80% de RN em aleitamento materno exclusivo na alta	Indicador de qualidade da estratégia Método Canguru	Prontuários / relatórios da equipe multiprofissional



11.6.6. LEITOS GESTÃO DE ALTO RISCO

Número de Leitos - UCINCa	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário do Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
15	6.935*	R\$ 207,78	R\$ 85.318,75	R\$ 1.023.825,00**
		R\$ 96,00	R\$ 39.420,00	R\$ 473.040,00***
Total		R\$ 303,78	R\$ 124.738,75	R\$ 1.496.865,00

* N° de diárias/ano (100% de ocupação) = $15 \times 365 \times 1,00 = 6.935$ diárias

** valor referente a Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012;

*** valor referente a Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Protocolos Assistenciais em Obstetrícia de Alto Risco	Avaliação documental	Implantar e manter protocolos clínicos (pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hemorragia, sepse obstétrica)	Documentos que padronizam condutas de assistência obstétrica.	Protocolos instituídos pela unidade
2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da unidade, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição
3	Avaliação Multiprofissional Diária	Avaliação documental	Garantir avaliação multiprofissional diária em 100% das gestantes internadas	Organização do cuidado com equipe multiprofissional	Prontuários e escalas
4	Educação Permanente da Equipe	Avaliação documental	Realizar pelo menos 1 ação de capacitação/mês para equipe multiprofissional	Treinamentos periódicos e sistemáticos para atualização e qualificação da assistência neonatal	Frequências
5	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
6	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 15 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC



11.6.7. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO TIPO II – UTI ADULTO II (Portaria nº 1.286, de 22 de junho de 2012, Portaria GM/MS nº 6.220, de 20 de dezembro de 2024)

Número de Leitos de UTI ADULTO REDE ALYNE TIPO II	Número de Diárias (Anual)	Valor Unitário da Diária*	Valor Mensal	Valor Anual
19	6.935**	R\$ 321,28	R\$ 167.105,76	R\$ 2.005.269,12

*Baseado na Portaria de Consolidação Nº 6/2017.

** Nº de diárias/ano (100% de ocupação) = $19 \times 365 \times 1,00 = 6.935$ diárias

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o repasse do Incentivo está condicionado ao cumprimento das seguintes metas pela instituição:

Nº	Indicador	Método de aferição	Meta	Definição	Fonte de aferição
1	Adoção de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs	Avaliação documental	Apresentar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDTs instituídas,	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; Instrumentos que estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos. Destinam-se a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (BRASIL, 2017).	Protocolos instituídos pela unidade
2	Aplicação sistemática da escala de profissionais	Avaliação documental	Equipe de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipe multiprofissional compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.	Escala de trabalho de profissionais pode ser definida como a distribuição das horas trabalhadas pelos dias da semana, assim como a determinação das folgas dos profissionais.	Escala de profissionais da instituição
3	Oferta integral dos leitos contratualizados à Central de Regulação do município	Avaliação documental	Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos.	Leito hospitalar de internação á a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (BRASIL, 2002).	Relatório FAST MEDIC e instrumento contratual.
4	Taxa de ocupação dos leitos contratualizados	Nº de pacientes-dia / Nº de leitos contratualizados X 100	Taxa de ocupação média mínima de 90% (noventa por cento) (Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017).	Taxa de ocupação é um indicador que informa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC
5	Média de Permanência de pacientes em leitos de internação.	Somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito / total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.	Média de Permanência de, no máximo, 15 (quinze) dias de internação (FASTMEDIC).	Média de permanência é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Com isso, o numerador deve ser a somatória dos dias de internação de cada paciente que teve alta ou foi a óbito. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital (BRASIL, 2002).	Sistema de Informação Hospitalar - SIH e FAST MEDIC



11.7. INCENTIVO FEDERAL - MAC (Portaria GM/MS Nº 8.002, de 20 de agosto de 2025)

Incentivo Federal *	Estabelecimento	Valor Mensal	Valor Total
Incentivo financeiro para apoio a recuperação da capacidade operacional	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	R\$ 1.458.333,33	R\$ 17.500.000,00

*Incentivo financeiro para a instituição Santa Casa de Misericórdia de Sobral com o objetivo de:

- Apoiar a reestruturação financeira da instituição;
- Apoiar a reestruturação de serviços essenciais;
- Fortalecer a capacidade da instituição de cumprir sua missão;
- Promover o desenvolvimento sustentável da instituição.

O valor de R\$ 17.500.000,00, correspondente a R\$ 1.458.333,33 mensais, foi incorporado ao Teto MAC do Município de Sobral pelo Ministério da Saúde, sendo pactuado o repasse à Santa Casa de Misericórdia de Sobral, em caráter de incentivo temporário, pelo período de 12 meses, podendo ser prorrogado mediante reavaliação das três esferas de gestão.

Este recurso será aplicado de forma estratégica para apoiar o processo de reestruturação da instituição, conduzido com o apoio tripartite (federal, estadual e municipal), priorizando:

- O restabelecimento de serviços essenciais como Urologia e Otorrinolaringologia, que necessitam ser reimplantados;
- O desenvolvimento sustentável da instituição, assegurando a capacidade de cumprir sua missão como hospital de referência regional e garantir a continuidade da assistência integral à população.

11.8. INCENTIVO FEDERAL - ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR – PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM

Incentivo	Valor Mensal (estimado)	Valor Anual (estimado)
Assistência Financeira Complementar para Pagamento do Piso Salarial Nacional da Enfermagem – Lei nº 14.581/2023	R\$ 1.299.535,63	R\$ 15.594.427,56

Base Legal: Lei nº 14.581, de 11 de maio de 2023, que institui a Assistência Financeira Complementar da União destinada ao pagamento do Piso Salarial Nacional dos Profissionais da Enfermagem.

Descrição:

A Assistência Financeira Complementar tem por finalidade **assegurar o pagamento do piso salarial nacional dos profissionais da Enfermagem**, conforme disposto na Lei nº 14.581/2023 e regulamentações correlatas.

O repasse mensal estimado de **R\$ 1.299.535,63** à Santa Casa de Misericórdia de Sobral será aplicado exclusivamente para **complementar a remuneração dos profissionais de Enfermagem** – enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e parteiras – conforme planilha nominal validada pelo gestor municipal e aprovada no sistema do Ministério da Saúde (InvestSUS/PagEnf).



O valor tem natureza **vinculada e específica**, devendo ser destinado integralmente ao custeio da diferença entre o vencimento atual e o piso nacional, e seu repasse está condicionado ao **envio regular das informações de folha e comprovação da aplicação dos recursos**, conforme critérios de monitoramento estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

12. INCENTIVOS E INCREMENTOS ESTADUAIS

12.1. ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS – OPO

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo Organização de Procura de Órgãos	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00

12.2. INCENTIVO ESTADUAL - Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospitalar Local de Pequeno Porte - Resolução CESAU (atualizada periodicamente)

O repasse dos recursos financeiros pelo gestor do SUS, o monitoramento e a avaliação dos indicadores referentes ao incentivo do Hospital de Referência Regional obedecerão ao regramento próprio da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospitalar Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024, revisado pela **Resolução nº 31/2024 - CESAU/CE** e atualizada pela **Resolução Nº 191/2024 - CIB/CE**.

CUSTEIO MENSAL DO HOSPITAL POLO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

CLÍNICA	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL MENSAL *	VALOR TOTAL ANUAL *
CIRURGIA GERAL ADULTO E PEDIÁTRICA	R\$ 93.330,00	R\$ 2.273.310,00	R\$ 27.279.720,00
OBSTÉTRICA	R\$ 93.330,00		
CLÍNICA MÉDICA	R\$ 93.330,00		
PEDIÁTRICA	R\$ 93.330,00		
TRAUMATO/ORTOPEDIA	R\$ 93.330,00		
NEONATOLOGIA	R\$ 93.330,00		
ANESTESIOLOGICA	R\$ 93.330,00		
UTI NEONATAL (15 LEITOS)	R\$ 450.000,00		
UTI PEDIÁTRICA (10 LEITOS)	R\$ 300.000,00		
UTI ADULTO (19 LEITOS)	R\$ 570.000,00		
UTI ADULTO (10 LEITOS)	R\$ 300.000,00		

***Valor máximo previsto na 4ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte (Resolução Nº 31/2024 - CESAU/CE e Resolução Nº 191/2024 CIB/CE), condicionado o pagamento ao repasse pelo Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), podendo sofrer variabilidade, conforme monitoramento realizado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA).**

A avaliação da efetividade da Política será realizada anualmente, através dos indicadores e metas, considerando-se o Porte do Hospital. A avaliação dos resultados do processo de monitoramento será realizada pelas Comissões Regionais de Avaliação Sistemática de Desempenho da Política Estadual de Incentivo Hospitalar pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Resolução nº 91/2022.



- Forma para repasse do Incentivo, conforme Resolução Nº 82/2023 - CIB/CE e Resolução nº 191/2024 - CIB/CE

- Os valores a serem repassados corresponderão a 100% do incentivo quando a unidade contratualizada cumprir acima de 90% da meta de produção prevista para cada clínica. Se alcançar de 90% a 80% receberá 90% do incentivo. Se alcançar menos de 80% até 50% receberá 70% do incentivo, e menos de 50%, receberá 5% do Incentivo.
- Os valores serão reajustados a cada 4 (quatro) meses com base no desempenho da meta física de produção;
- A partir de julho/2024 os valores dos recursos das clínicas de Média Complexidade serão divididos em 02 (duas) partes: 40% se destinam à população local e 60% à população de outros municípios. O repasse ocorrerá em conformidade com o desempenho das metas estabelecidas para atendimento à população local e de outros municípios. Não estão incluídas nessa regra as Clínicas de Alta Complexidade, Anestesiológica, Saúde Mental e UTI dos Hospitais Beneficiados.

- Da responsabilidade e obrigações

- Encaminhar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde e a Superintendência Regional de Saúde a escala de plantão por clínica contratualizada.

- Suspensão do repasse do recurso financeiro, conforme Resolução Nº 53/2021 - CESAUC/CE:

O repasse dos recursos poderá ser interrompido nas seguintes situações:

- Realização de internação de pacientes referenciados sem autorização da Central de Regulação do município de Sobral;
- Descumprimento dos compromissos firmados na contratualização entre Gestor Municipal e Prestador, ferindo as metas, normas e critérios estabelecidos na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte para o período: 01 de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023, por meio da Resolução Nº 53/2021 - CESAUC/CE;
- Não alimentação dos sistemas de informações (SIH, SCNES), Fast Medic e Saúde Digital de forma sistemática;
- Ausência de justificativa do não cumprimento das metas de produção.

12.2.1. CUSTEIO EXTRAORDINÁRIOS DO HOSPITAL POLO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Considerando o acordo pactuado entre o Governo do Estado do Ceará e o Município de Sobral, que prevê o repasse extraordinário do incentivo estadual destinado aos hospitais polo, correspondente à duplicação do valor mensal do incentivo pelo período de quatro meses. O presente Plano Operativo contempla a **4ª parcela desse repasse complementar**, no valor de **R\$ 2.273.310,00 (dois milhões, duzentos e setenta e três mil, trezentos e dez reais)**, com **previsão de repasse no mês de novembro de 2025**.

O referido recurso será incorporado ao contrato vigente com a finalidade de **apoio à recuperação da capacidade operacional da Santa Casa de Misericórdia de Sobral**, assegurando a manutenção e a expansão das ações assistenciais de média e alta complexidade, além do fortalecimento do equilíbrio econômico-financeiro da instituição durante o processo de reestruturação.



Esse custeio extraordinário tem caráter transitório e complementar, devendo ser aplicado em despesas correntes vinculadas à manutenção e ao funcionamento hospitalar. A execução e o repasse do recurso observarão as metas específicas e critérios de desempenho definidos para o Incentivo Estadual aos Hospitais Polo, conforme disposto no item 12.2 deste Plano Operativo e nas Resoluções CIB/CE nº 82/2023 e nº 191/2024, garantindo a conformidade com o plano de aplicação aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde.

12.3. INCENTIVO – VIGILANCIA PEIDEMIOLOGICA EM AMBITO HOSPITALAR

Incentivo	Valor Mensal	Valor Anual
Incentivo financeiro para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar - FIVEH	R\$ 4.285,74	R\$ 51.428,88

13. PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTA (PMAE) - FAEC

(Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023; Portaria nº 1.604, de 18 de Outubro de 2023; Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024; Portaria GM/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024; Portaria SAES/MS Nº 1.823, de 11 de junho de 2024; Portaria SAES/MS nº 1.824, de 11 de junho de 2024; Portaria nº 1.976, de 14 de agosto de 2024; Portaria GM/MS Nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024; Portaria GM/MS nº 5.758, de 4 de dezembro de 2024; Portaria SAES/MS Nº 2.324, de 6 de dezembro de 2024; Portaria SAES/MS Nº 2.723, de 31 de março de 2025; Resolução Nº 46/2025 - CIB/CE; Resolução nº 88/2025 - CIB/CE; Resolução nº 219/2025 - CIB/CE; Resolução nº 219-A/2025 - CIB/CE)

13.1. Relação de procedimentos, quantitativos e valores programados e pactuados da Santa Casa para Oferta de Cuidados Integrados - OCI (FAEC)

Especialidade	Código da OCI	Descrição da OCI	Meta Física Anual	Valor da OCI	Valor Financeiro Anual *
CARDIOLOGIA	09.02.01.001-8	AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	1.500	R\$ 130,00	R\$ 195.000,00
CARDIOLOGIA	09.02.01.002-6	AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA	400	R\$ 200,00	R\$ 80.000,00
ORTOPEDIA	09.03.01.003-8	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA	442	R\$ 230,00	R\$ 101.660,00
ORTOPEDIA	09.03.01.001-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA	1.200	R\$ 100,00	R\$ 120.000,00
ORTOPEDIA	09.03.01.002-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA	500	R\$ 140,00	R\$ 70.000,00
ORTOPEDIA	09.03.01.004-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	0	R\$ 360,00	R\$ 0,00
OTORRINO LARINGOLOGIA	09.04.01.001-5	AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO	0	R\$ 100,00	R\$ 0,00
OTORRINO LARINGOLOGIA	09.04.01.002-3	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO	0	R\$ 150,00	R\$ 0,00
OTORRINO LARINGOLOGIA	09.04.01.003-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE NASOFARINGE E DE OROFARINGE	864	R\$ 200,00	R\$ 172.800,00
ONCOLOGIA	09.01.01.001-4	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CA DE MAMA	400	R\$ 125,00	R\$ 50.000,00
ONCOLOGIA	09.01.01.009-0	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I	300	R\$ 400,00	R\$ 120.000,00



ONCOLOGIA	09.01.01.010-3	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - II	400	R\$ 400,00	R\$ 160.000,00
ONCOLOGIA	09.01.01.005-7	INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CA DE COLO DO ÚTERO	400	R\$ 100,00	R\$ 40.000,00
ONCOLOGIA	09.01.01.007-3	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO	100	R\$ 250,00	R\$ 25.000,00
ONCOLOGIA	09.01.01.008-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL	50	R\$ 282,00	R\$ 14.100,00
ONCOLOGIA	09.01.01.011-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO - I	300	R\$ 220,00	R\$ 66.000,00
ONCOLOGIA	09.01.01.012-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO - II	300	R\$ 220,00	R\$ 66.000,00
TOTAL			7.156		R\$ 1.280.560,00

*O valor financeiro pactuado para a realização dos procedimentos será por **gerenciamento financeiro anual** para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada, **respeitando o valor financeiro pactuado**.

13.2. Relação dos procedimentos, quantitativos e valores programados e pactuados da Santa Casa para a Programação do Componente de Cirurgias Eletivas, 2025 - Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) (FAEC)

Procedimento	Meta Física Anual	Valor Tabela SIGTAP	Valoração (Resolução nº 88/2025 - CIB/CE)	Valor Unitário Federal	Valor Unitário IPCA Estado	Valor Unitário Total do Procedimento	Valor Total Federal (Meta Física x Valor unitário)	Valor Total IPCA Estado* (Meta Física x Valor unitário)	Valor Total Global**
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	10	604,58	2	1.209,16	752,24	1.961,40	12.091,60	19.614,00
0401020061	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	1	347,77	2	695,54	432,71	1.128,25	695,54	1.128,25
0401020088	EXERESE DE CISTO SACRO COCCIGEO	1	143,72	2	287,44	178,82	466,26	287,44	466,26
0402010027	PARATIREOIDECTOMIA	1	833,30	2	1.666,60	2,36	1.668,96	1.666,60	1.668,96
0402010043	TIREOIDECTOMIA TOTAL	4	451,37	4	1.805,48	561,61	2.367,09	7.221,92	9.468,36
0404030262	PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	1	1.425,84	2	2.851,68	1.480,76	4.332,44	2.851,68	4.332,44
0406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/IMPLANTE DE DOIS STENTS	1	1.986,20	2	3.972,40	18,96	3.991,36	3.972,40	3.991,36
0407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	11	650,09	2	1.300,18	808,87	2.109,05	14.301,98	23.199,55
0407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	7	363,90	2	727,80	1,03	728,83	5.094,60	5.101,81
0407020284	HEMORROIDECTOMIA	12	315,94	2	631,88	393,11	1.024,99	7.582,56	12.299,88
0407030026	COLECISTECTOMIA	37	996,34	2	1.992,68	2,82	1.995,50	73.729,16	73.833,50
0407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	43	992,45	2	1.984,90	2,81	1.987,71	85.350,70	85.471,53
0407030255	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA TERAPÊUTICA	1	2.023,53	2	4.047,06	332,43	4.379,49	4.047,06	4.379,49
0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	1	801,73	2	1.603,46	2,27	1.605,73	1.603,46	1.605,73
0407040072	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA	4	361,54	2	723,08	449,84	1.172,92	2.892,32	4.691,68
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	17	539,92	2	1.079,84	671,79	1.751,63	18.357,28	29.777,71
0407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	4	610,06	2	1.220,12	1,73	1.221,85	4.880,48	4.887,40
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	1	637,97	2	1.275,94	1,80	1.277,74	1.275,94	1.277,74
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	7	434,99	2	869,98	541,23	1.411,21	6.089,86	9.878,47
0408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	2	423,51	4	1.694,04	1,19	1.695,23	3.388,08	3.390,46
0408010185	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR	1	377,59	2	755,18	517,34	1.272,52	755,18	1.272,52
0408050136	RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO QUADRICIPITAL	2	1.602,18	4	6.408,72	2.195,15	8.603,87	12.817,44	17.207,74



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

0408050799	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	1	759,42	2	1.518,84	1.040,48	2.559,32	1.518,84	1.040,48	2.559,32
0408050837	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO FÊMUR	1	759,42	2	1.518,84	1.040,48	2.559,32	1.518,84	1.040,48	2.559,32
0408050861	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	2	769,41	4	3.077,64	1.054,17	4.131,81	6.155,28	2.108,34	8.263,62
0408060050	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	1	213,79	4	855,16	292,91	1.148,07	855,16	292,91	1.148,07
0408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	2	91,49	4	365,96	125,35	491,31	731,92	250,70	982,62
0408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	2	368,03	4	1.472,12	504,20	1.976,32	2.944,24	1.008,40	3.952,64
0408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA ÓSSEO	4	151,66	4	606,64	-	606,64	2.426,56	-	2.426,56
0408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	8	225,16	4	900,64	-	900,64	7.205,12	-	7.205,12
0409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	18	549,72	2	1.099,44	683,98	1.783,42	19.789,92	12.311,64	32.101,56
0409010146	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CÁLCULO EM PELVE RENAL	5	402,85	2	805,70	501,24	1.306,94	4.028,50	2.506,20	6.534,70
0409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	1	218,68	2	437,36	272,09	709,45	437,36	272,09	709,45
0409010324	PIELOPLASTIA	1	652,16	2	1.304,32	811,44	2.115,76	1.304,32	811,44	2.115,76
0409010383	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	2	516,61	4	2.066,44	642,79	2.709,23	4.132,88	1.285,58	5.418,46
0409010413	TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	3	419,97	2	839,94	522,54	1.362,48	2.519,82	1.567,62	4.087,44
0409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	1	372,54	2	745,08	463,53	1.208,61	745,08	463,53	1.208,61
0409010499	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	1	386,20	2	772,40	480,53	1.252,93	772,40	480,53	1.252,93
0409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBLICA	4	1.001,71	4	4.006,84	1.175,49	5.182,33	16.027,36	4.701,96	20.729,32
0409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	10	851,58	4	3.406,32	2,41	3.408,73	34.063,20	24,10	34.087,30
0409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	2	256,97	2	513,94	319,73	833,67	1.027,88	639,46	1.667,34
0409050032	CORRECAO DE HIPOSPADIA (10 TEMPO)	1	372,96	2	745,92	464,05	1.209,97	745,92	464,05	1.209,97
0409050083	POSTECTOMIA	9	219,12	2	438,24	257,14	695,38	3.944,16	2.314,26	6.258,42
0409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	14	658,83	4	2.635,32	1,86	2.637,18	36.894,48	26,04	36.920,52
0409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12	1.103,64	4	4.414,56	3,12	4.417,68	52.974,72	37,44	53.012,16
0409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	56	907,93	4	3.631,72	2,57	3.634,29	203.376,32	143,92	203.520,24
0409060186	LAQUEADURA TUBARIA	10	485,48	2	970,96	1,37	972,33	9.709,60	13,70	9.723,30
0409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	11	509,86	4	2.039,44	634,39	2.673,83	22.433,84	6.978,29	29.412,13
0409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	5	472,43	2	944,86	587,82	1.532,68	4.724,30	2.939,10	7.663,40
0409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	3	372,89	2	745,78	463,97	1.209,75	2.237,34	1.391,91	3.629,25
0410010057	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	1	783,51	4	3.134,04	974,87	4.108,91	3.134,04	974,87	4.108,91
0410010081	PLASTICA MAMARIA MASCULINA	1	450,64	2	901,28	560,71	1.461,99	901,28	560,71	1.461,99
0410010111	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	9	313,44	4	1.253,76	390,00	1.643,76	11.283,84	3.510,00	14.793,84
0416010121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	4	3.983,29	4	15.933,16	3.175,22	19.108,38	63.732,64	12.700,88	76.433,52
0416010130	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	3	4.416,26	4	17.665,04	3.520,35	21.185,39	52.995,12	10.561,05	63.556,17
0416020020	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	1	1.673,40	2	3.346,80	1.333,93	4.680,73	3.346,80	1.333,93	4.680,73
0416020240	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	1	727,87	2	1.455,74	580,21	2.035,95	1.455,74	580,21	2.035,95
0416030025	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	1	791,49	2	1.582,98	630,93	2.213,91	1.582,98	630,93	2.213,91



0416030092	PAROTIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1	1.528,25	2	3.056,50	1.218,22	4.274,72	3.056,50	1.218,22	4.274,72
0416030211	FARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	2.269,04	2	4.538,08	1.808,73	6.346,81	4.538,08	1.808,73	6.346,81
0416030220	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1	2.949,76	2	5.899,52	2.351,36	8.250,88	5.899,52	2.351,36	8.250,88
0416030254	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	2	2.125,46	2	4.250,92	1.694,28	5.945,20	8.501,84	3.388,56	11.890,40
0416030270	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	1	2.836,30	4	11.345,20	2.260,91	13.606,11	11.345,20	2.260,91	13.606,11
0416030343	RESSECCAO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	1	910,50	2	1.821,00	725,79	2.546,79	1.821,00	725,79	2.546,79
0416040071	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	2	3.494,28	2	6.988,56	2.785,41	9.773,97	13.977,12	5.570,82	19.547,94
0416040217	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	1	2.795,42	2	5.590,84	2.228,33	7.819,17	5.590,84	2.228,33	7.819,17
0416060013	AMPUTAÇÃO CÔNICA DE COLO DE ÚTERO COM COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	2	1.808,69	2	3.617,38	1.441,77	5.059,15	7.234,76	2.883,54	10.118,30
0416060080	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	6	5.403,43	2	10.806,86	4.307,26	15.114,12	64.841,16	25.843,56	90.684,72
0416080030	EXCISÃO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	1	396,18	2	792,36	492,94	1.285,30	792,36	492,94	1.285,30
0416080081	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	1	3.359,04	4	13.436,16	2.677,61	16.113,77	13.436,16	2.677,61	16.113,77
0416090133	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	1	3.972,21	2	7.944,42	3.166,39	11.110,81	7.944,42	3.166,39	11.110,81
0416120024	MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	1	2.462,85	2	4.925,70	1.963,22	6.888,92	4.925,70	1.963,22	6.888,92
0416120032	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	1	2.045,07	2	4.090,14	1.630,20	5.720,34	4.090,14	1.630,20	5.720,34
0416120059	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTE CTOMIA/SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	1	1.913,83	2	3.827,66	1.525,58	5.353,24	3.827,66	1.525,58	5.353,24
0418010030	CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO VENOSA P/ HEMODIALISE	1	859,20	2	1.718,40	598,72	2.317,12	1.718,40	598,72	2.317,12
Total		405	-	-	-	-	-	1.018.171,94	184.292,79	1.202.464,73

*Os valores de recursos estaduais estarão condicionados ao repasse estadual, e conforme as normativas vigentes.

**O valor financeiro pactuado para a realização de procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento.

O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês de quaisquer cirurgias previstas na Resolução nº 88/2025 - CIB/CE, respeitando o valor financeiro pactuado.

• **Observações para o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE):**

Observação1: Esses procedimentos são destinados à população da região de saúde de Sobral.

Observação2: As metas pactuadas deverão ser realizadas durante o período de duração do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE).

Observação3: O repasse do valor diferenciado a ser pago com recurso do Tesouro do Estado será feito com base na solicitação através de abertura de processo de pagamento apresentando as numerações de AIH/APAC com os respectivos procedimentos realizados em cada competência.

Observação4: A SESA, com base no relatório de produção SIA/SIH, fará a transferência de recurso para os fundos municipais de saúde. Após a data do crédito os gestores municipais terão o prazo de até cinco dias úteis para o pagamento dos prestadores do setor complementar ao SUS.

Observação5: O recurso federal, financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), enquanto durar o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), em âmbito nacional do Ministério da Saúde, respeitando a meta e o teto pactuado, conforme quadro acima.

Observação6: O repasse do valor diferenciado a ser pago com recurso do Tesouro do Estado será feito mediante abertura de processo administrativo de pagamento, apresentando as numerações de AIH/APAC



com os respectivos procedimentos realizados.

Observação7: Os recursos referentes ao Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) serão repassados à Santa Casa mensalmente de acordo com as produções de AIH/APAC informadas no SIA/SIH SUS dos procedimentos realizados pertencentes ao programa.

14. PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS - COMPONENTE CRÉDITOS FINANCEIROS - Portaria SAES/MS Nº 2.985, de 27 de junho de 2025

CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR TABELA SIGTAP/SUS	(%) CE	VALOR COM PERCENTUAL	QTDE OFERTADA ANO	VALOR ANO
407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	650,09	258%	2.327,32	4	9.309,29
407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	992,45	100%	1.984,90	60	119.094,00
407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	801,73	101%	1.611,48	6	9.668,86
407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	637,97	100%	1.275,94	36	45.933,84
407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	434,99	104%	887,38	36	31.945,67
408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	151,66	300%	606,64	8	4.853,12
409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	443,66	282%	1.694,78	4	6.779,12
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	907,93	300%	3.631,72	60	217.903,20
409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	509,86	283%	1.952,76	6	11.716,58
409070157	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	224,68	100%	449,36	5	2.246,80
410010111	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	313,44	300%	1.253,76	12	15.045,12
416010113	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	852,49	300%	3.409,96	2	6.819,92
416010121	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	3.983,29	300%	15.933,16	2	31.866,32
416010130	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	4.416,26	246%	15.280,26	2	30.560,52
416030190	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	7.384,78	100%	14.769,56	2	29.539,12
416030262	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	5.818,68	300%	23.274,72	2	46.549,44
416040071	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	3.494,28	300%	13.977,12	3	41.931,36
416060013	AMPUTAÇÃO CÔNICA DE COLO DE ÚTERO COM COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	1.808,69	100%	3.617,38	22	79.582,36
416060064	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	5.403,43	300%	21.613,72	4	86.454,88
416060080	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	5.403,43	100%	10.806,86	8	86.454,88
416080081	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	3.359,04	200%	10.077,12	20	201.542,40
416090133	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	3.972,21	100%	7.944,42	20	158.888,40
416120032	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	2.045,07	149%	5.092,22	2	10.184,45
416120059	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	1.913,83	172%	5.205,62	2	10.411,24
418010030	CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	859,20	100%	1.718,40	120	206.208,00
TOTAL					448	1.501.488,89

Observação: Conforme item I do Art. 11 da Portaria SAES/MS Nº 3.199, de 2 de setembro de 2025, as numerações especiais de autorização para o Programa Agora Tem Especialistas Componente Créditos Financeiros deverão seguir a seguinte estrutura: quinto dígito 8 (oito) em Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e quinto dígito 9 (nove) em Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).



15. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

15.1. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - Média Complexidade – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
020101	39	1.953,42
020201	10201	31.656,11
020202	2159	7.457,22
020203	1165	15.738,43
020204	40	75,73
020205	292	1.200,98
020206	746	11.734,46
020207	72	1.651,39
020208	116	944,66
020209	18	49,62
020210	1	160,00
020212	31	53,11
020301	10	209,60
020302	452	45.680,60
020401	39	298,10
020402	267	2.173,42
020403	306	2.625,24
020404	1681	11.441,54
020405	17	181,88
020406	1826	13.363,45
020501	33	2.013,30
020502	313	8.141,10
020901	50	3.447,70
021102	200	1.030,00
021104	103	244,00
021105	100	2.500,00
021106	15	185,10
030101	3780	30.490,00
030104	120	738,00
030106	4300	48.794,00
030110	2500	1.575,00
030302	10	577,50
030308	1	1,48
030309	266	8.989,58
040101	250	5.151,00
040501	5	719,95
040505	5	125,00
040602	5	103,70
040704	10	122,70
040801	35	1.454,40
040802	120	4.439,70
040805	30	1.173,60
040806	35	994,70
040901	5	163,40
040902	5	170,50
040906	5	113,10
041205	5	274,85
041504	5	149,30
041701	400	7.484,00
TOTAL	32189	280.015,62



15.2. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - Alta Complexidade – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
020101	5	485,00
020601	720	68.490,00
020602	265	35.403,75
020603	515	70.616,25
020701	105	28.218,75
020702	40	10.750,00
020703	55	14.781,25
TOTAL	1705	228.745,00

15.3. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - Alta Complexidade – ONCOLOGIA – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
0304 (*)	50	209.555,00
0304 (**)	1077	612.923,66
TOTAL	1127	822.478,66

(*) Radioterapia; (**) Quimioterapia

15.4. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - Alta Complexidade - ONCOLOGIA – FAEC – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
30403	30	156.739,50
TOTAL	30	156.739,50

15.4. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA - Alta Complexidade - TRS – FAEC – META MENSAL

PROCEDIMENTO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
0305010093	20	4.819,40
0305010107	4.000	963.880,00
0305010115	30	9.779,40
0305010123	1	325,98
0305010166	1	358,06
0418010013	1	1.453,85
0418010030	15	12.888,00
0418010048	1	200,00
0418010064	30	3.474,30
0418020019	2	1.200,00
0418020027	1	600,00
0702100013	1	482,34
0702100021	30	1.942,80
0702100064	1	2.354,17
0702100099	30	647,70
0702100102	30	462,30
TOTAL	4.194	1.004.868,30



15.5. PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA – Média Complexidade – CAPTAÇÃO DE ORGÃOS – FAEC – META MENSAL

PROCEDIMENTO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
50601	2	270,00
TOTAL	2	270,00

15.6. PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR - SIH - Média Complexidade – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
030106	26	2.460,82
030301	66	445.600,77
030302	19	19.520,99
030303	6	6.272,82
030304	86	99.889,14
030305	2	2.374,82
030306	15	54.944,84
030307	8	4.784,64
030308	10	4.124,12
030309	7	4.104,09
030310	70	17.187,18
030311	7	9.751,73
030314	43	87.098,19
030315	19	9.283,58
030316	36	103.456,90
030410	30	26.471,94
030501	5	3.332,06
030502	27	39.423,82
030801	20	10.037,55
030802	4	2.590,61
030803	4	4.288,78
030804	15	11.594,68
031001	81	37.062,95
040102	41	26.641,43
040201	3	2.603,90
040301	17	93.357,25
040302	1	357,62
040401	6	12.390,77
040402	7	3.445,64
040403	1	1.108,46
040501	1	388,12
040504	2	1.417,42
040601	1	7.512,06
040602	6	11.081,69
040701	4	13.733,20
040702	19	38.762,14
040703	14	18.681,46
040704	23	29.732,25



040801	8	4.049,10
040802	75	34.140,66
040803	2	6.171,08
040804	8	16.912,27
040805	68	88.874,05
040806	45	21.705,76
040901	32	50.254,76
040902	2	907,00
040903	2	3.660,76
040904	8	3.336,98
040905	4	4.388,89
040906	25	19.516,24
040907	11	4.906,50
041001	10	5.760,00
041101	132	149.695,26
041102	22	12.106,96
041201	1	524,22
041204	8	30.133,46
041301	3	1.329,85
041304	28	11.538,72
041501	64	149.827,52
041502	5	47.475,91
041503	15	60.041,24
041504	90	83.281,42
TOTAL	1.420	2.077.409,04

15.7. PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR - SIH - Alta Complexidade – META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
040402	2	1.686,97
040403	1	1.511,65
040602	1	436,64
041501	2	4.148,08
TOTAL	6	7.783,34

15.8. PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR - SIH - Alta Complexidade – NEUROLOGIA - META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
030304	44	115.062,44
030318	2	4.036,25
040301	7	44.238,73
040302	4	4.859,72
040303	5	25.633,44
040803	12	68.016,00
040806	3	4.269,81
041502	5	52.199,46
041503	10	102.360,60
TOTAL	92	420.676,46



15.9. PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR - SIH - Alta Complexidade – ONCOLOGIA - META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
30408	6	49.966,52
41502	47	340.488,65
41601	12	57.071,60
41602	8	27.257,22
41603	9	18.940,52
41604	5	28.428,62
41605	2	14.263,22
41606	13	36.654,45
41608	3	6.015,67
41609	5	42.635,94
41612	4	8.885,61
TOTAL	114	630.608,02

15.10. PROGRAMAÇÃO HOSPITALAR - SIH – CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS - FAEC - META MENSAL

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO
050301	6	17.431,37
TOTAL	6	17.431,37

15.11. PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTA (PMAE) – FAEC

15.11.1. OCI – FAEC – META ANUAL

PROCEDIMENTO	META FISICA	VALOR FINANCEIRO*
09.02.01.001-8	1.500	R\$ 195.000,00
09.02.01.002-6	400	R\$ 80.000,00
09.03.01.003-8	442	R\$ 101.660,00
09.03.01.001-1	1.200	R\$ 120.000,00
09.03.01.002-0	500	R\$ 70.000,00
09.03.01.004-0	0	R\$ 0,00
09.04.01.001-5	0	R\$ 0,00
09.04.01.002-3	0	R\$ 0,00
09.04.01.003-1	864	R\$ 172.800,00
09.01.01.001-4	400	R\$ 50.000,00
09.01.01.009-0	300	R\$ 120.000,00
09.01.01.010-3	400	R\$ 160.000,00
09.01.01.005-7	400	R\$ 40.000,00
09.01.01.007-3	100	R\$ 25.000,00
09.01.01.008-1	50	R\$ 14.100,00
09.01.01.011-1	300	R\$ 66.000,00
09.01.01.012-0	300	R\$ 66.000,00
TOTAL	7.156	R\$ 1.280.560,00

*O valor financeiro pactuado para a realização dos procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada, respeitando o valor financeiro pactuado.



15.11.2. PMAE - Componentes Cirurgias – FAEC – META ANUAL

Federal

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO*
040102	12	13.074,58
040201	5	8.888,52
040403	1	2.851,68
040603	1	3.972,40
040702	30	26.979,14
040703	81	163.126,92
040704	34	35.099,34
040801	3	4.143,26
040805	6	22.010,40
040806	17	14.163,00
040901	32	33.730,28
040903	14	50.090,56
040904	2	1.027,88
040905	10	4.690,08
040906	103	325.388,96
040907	8	6.961,64
041001	11	15.319,16
041601	7	116.727,76
041602	2	4.802,54
041603	8	36.745,12
041604	3	19.567,96
041606	8	72.075,92
041608	2	14.228,52
041609	1	7.944,42
041612	3	12.843,50
041801	1	1.718,40
TOTAL	405	1.018.171,94

*O valor financeiro pactuado para a realização de procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês de quaisquer cirurgias previstas na Resolução nº 88/2025 - CIB/CE, respeitando o valor financeiro pactuado.

IPCA - Estadual

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	META FÍSICA	VALOR FINANCEIRO*
040102	12	8.133,93
040201	5	2.248,80
040403	1	1.480,76
040603	1	18,96
040702	30	13.622,10
040703	81	557,60
040704	34	17.019,39
040801	3	519,72
040805	6	8.579,60
040806	17	1.552,01
040901	32	19.698,63
040903	14	4.726,06
040904	2	639,46
040905	10	2.778,31
040906	103	7.199,39



040907	8	4.331,01
041001	11	5.045,58
041601	7	23.261,93
041602	2	1.914,14
041603	8	12.384,50
041604	3	7.799,15
041606	8	28.727,10
041608	2	3.170,55
041609	1	3.166,39
041612	3	5.119,00
041801	1	598,72
TOTAL	405	184.292,79

*Os valores de recursos estaduais estarão condicionados ao repasse estadual, e conforme as normativas vigentes. O valor financeiro pactuado para a realização de procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês de quaisquer cirurgias previstas na Resolução nº 88/2025 - CIB/CE, respeitando o valor financeiro pactuado.

16. CONSOLIDADO DO REPASSE DE INCENTIVOS E PMAE

16.1. Consolidado do repasse de incentivos

PLANILHA DE REPASSE DE INCENTIVOS		MENSAL	ANUAL
FEDERAL	Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC	R\$ 1.374.327,84	R\$ 16.491.934,08
	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS	R\$ 200.743,08	R\$ 2.408.916,96
	Incentivo Financeiro 100% SUS	R\$ 456.514,62	R\$ 5.478.175,40
	Incentivo financeiro de custeio mensal, referente à Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da formação de especialistas na modalidade Residência Médica	R\$ 64.000,00	R\$ 768.000,00
	RUE - Porta de Entrada Hospitalar de Urgência classificado como Hospital Especializado Tipo II	R\$ 300.000,00	R\$ 3.600.000,00
	RUE - Leitos de UTI PEDIATRICA - TIPO II	R\$ 70.360,32	R\$ 844.323,84
	REDE ALYNE - Incentivo Casa da Gestante, Bebê e Puérpera	R\$ 78.000,00	R\$ 936.000,00
	REDE ALYNE - Incentivo CPNi tipo II com 5 (cinco) quartos PPP	R\$ 91.000,00	R\$ 1.092.000,00
	REDE ALYNE - Leitos de UTI NEONATAL - TIPO II	R\$ 216.380,76	R\$ 2.596.569,12
	REDE ALYNE - Unidade de Cuidados Intermediários Convencional - UCINCo	R\$ 123.187,50	R\$ 1.478.250,00
	REDE ALYNE - Unidade de Cuidados Intermediários Canguru - UCINCa	R\$ 57.487,50	R\$ 689.850,00
	REDE ALYNE - Leitos de Gestação de Alto Risco - GAR	R\$ 124.738,75	R\$ 1.496.865,00
	REDE CEGONHA - Leitos de UTI ADULTO - TIPO II	R\$ 167.105,76	R\$ 2.005.269,12
	Incentivo financeiro para apoio a recuperação da capacidade operacional - Portaria Nº 8.002/2025	R\$ 1.458.333,33	R\$ 17.500.000,00
Subtotal (recurso federal)		R\$ 4.782.179,46	R\$ 57.386.153,52
ESTADUAL	INCENTIVO - Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar - FIVEH	R\$ 4.285,74	R\$ 51.428,88
	INCENTIVO - Organização de Procura de Órgãos - OPO	R\$ 20.000,00	R\$ 240.000,00
	INCENTIVO ESTADUAL HOSPITALAR - HOSPITAL POLO - - Resolução Nº 191/2024 CIB/CE	R\$ 2.273.310,00	R\$ 27.279.720,00
	INCENTIVO ESTADUAL HOSPITALAR - HOSPITAL POLO – extraordinário - 4ª parcela (novembro/2025)	-	R\$ 2.273.310,00
Subtotal (recurso estadual)		R\$ 2.297.595,74	R\$ 29.844.458,88



MUNICIPAL	INCENTIVO FINANCEIRO DE SUSTENTABILIDADE À INSTITUIÇÃO	R\$ -	R\$ -
	Subtotal (recurso municipal)	R\$ -	R\$ -
	TOTAL	R\$ 7.079.775,20	R\$ 87.230.612,40

16.2. Assistência Financeira Complementar para Pagamento do Piso Salarial Nacional da Enfermagem

FEDERAL	Incentivo	Valor Mensal (estimado)	Valor Anual (estimado)
	Assistência Financeira Complementar para Pagamento do Piso Salarial Nacional da Enfermagem – Lei nº 14.581/2023	R\$ 1.299.535,63	R\$ 15.594.427,56

16.3. Consolidado do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE)

16.3.1. OCI – FAEC FEDERAL (Pós-Fixado) – S.I.A

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FAEC VALOR ESTIMADO TOTAL (Gerenciamento Financeiro Anual) *	
TOTAL ESTIMADO FAEC (Físico)	TOTAL ESTIMADO FAEC (Financeiro)
7.156	R\$ 1.280.560,00

*O valor financeiro pactuado para a realização dos procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada, respeitando o valor financeiro pactuado.

16.3.2. PMAE - Componente Cirurgias FAEC - (Pós-Fixado) – S.I.H

Recurso Federal

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FAEC VALOR ESTIMADO TOTAL (Gerenciamento Financeiro Anual) *	
TOTAL ESTIMADO FAEC (Físico)	TOTAL ESTIMADO FAEC (Financeiro)
405	R\$ 1.018.171,94

*O valor financeiro pactuado para a realização de procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês de quaisquer cirurgias previstas na Resolução nº 88/2025 - CIB/CE, respeitando o valor financeiro pactuado.

IPCA - Estadual

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA - FAEC VALOR ESTIMADO TOTAL (Gerenciamento Financeiro Anual) *	
TOTAL ESTIMADO FAEC (Físico)	TOTAL ESTIMADO FAEC (Financeiro)
405	R\$ 184.292,79

*Os valores de recursos estaduais estarão condicionados ao repasse federal, e conforme as normativas vigentes. O valor financeiro pactuado para a realização de procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês de quaisquer cirurgias previstas na Resolução nº 88/2025 - CIB/CE, respeitando o valor financeiro pactuado.



17. CONSOLIDADO GERAL DA NOVA CONTRATUALIZAÇÃO

PLANO OPERATIVO

MAC - Pré-Fixado	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Média Complexidade - Teto MAC	2.357.424,66	28.289.095,94
Incentivos - Teto MAC	4.782.179,46	57.386.153,52
Subtotal Pré-fixado MAC	7.139.604,12	85.675.249,46

MAC - Pós-Fixado	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Alta Complexidade (Limites de Repasse)	2.110.291,49	25.323.497,87
Subtotal Pós-fixado MAC	2.110.291,49	25.323.497,87

FAEC - Pós-fixado	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Procedimentos de Oncologia – FAEC	156.739,50	1.880.874,00
Procedimentos de TRS – FAEC	1.004.868,30	12.058.419,60
Procedimentos de Captação de Órgãos – FAEC	17.701,37	212.416,46
Subtotal Pós-fixado FAEC	1.179.309,17	14.151.710,06

TOTAL GERAL - MAC + FAEC	10.429.204,78	125.150.457,38
---------------------------------	----------------------	-----------------------

Recurso Federal - GESTÃO DO SUS	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
Assistência Financeira Complementar para Pagamento do Piso Salarial Nacional da Enfermagem	1.299.535,63	15.594.427,56
TOTAL RECURSO FEDERAL	1.299.535,63	15.594.427,56

Programa Mais Acesso a Especialista (PMAE) - FAEC - Pós-fixado	
	Gerenciamento Financeiro Anual (R\$)
PMAE – OCI	1.280.560,00
PMAE - Cirurgias Eletivas	1.202.464,73
TOTAL PMAE	2.483.024,73

Recurso Estadual	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
INCENTIVO - Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar - FIVEH	4.285,74	51.428,88
INCENTIVO - Organização de Procura de Órgãos - OPO	20.000,00	240.000,00
INCENTIVO ESTADUAL - HOSPITAL POLO - Resolução Nº 191/2024 CIB/CE	2.273.310,00	27.279.720,00
INCENTIVO ESTADUAL HOSPITALAR - HOSPITAL POLO – extraordinário - 4ª parcela (novembro/2025)		2.273.310,00
TOTAL RECURSO ESTADUAL	2.297.595,74	29.844.458,88

Total Geral do Repasse para a Santa Casa

PLANO OPERATIVO		
	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
TOTAL GERAL MAC + FAEC + Recurso Federal (gestão SUS) + PMAE + Recurso Estadual	14.026.336,15	173.072.368,55



18. ATENÇÃO À SAÚDE: COMPROMISSOS GERAIS

A instituição Santa Casa da Misericórdia de Sobral tem por obrigações:

1. Executar os serviços de saúde, objeto da contratualização, de acordo com as especificações e/ou normas exigidas pelo Ministério da Saúde, e conforme apresentado e pactuado no Plano Operativo;
2. Integrar-se aos Sistemas de Regulação do SUS, submetendo-se às normas e protocolos da Central de Regulação do município de Sobral;
3. Enviar, mensalmente, conforme cronograma pré-definido, a agenda de oferta de vagas dos procedimentos pactuados, para validação da Central de Regulação do município de Sobral;
4. Estar ciente que, após o envio da agenda de oferta de vagas dos procedimentos pactuados, a Central de Regulação do município de Sobral fará a inserção no sistema de regulação municipal vigente e/ou outro sistema que possa ser implantado pela gestão municipal da saúde.
5. Estar a par que caberá a Central de Regulação do município de Sobral o gerenciamento da agenda de oferta de vagas dos procedimentos eletivos pactuados, especialmente no que tange à distribuição de vagas iniciais;
6. Realizar atendimento somente após a regulação dos pacientes eletivos pela Central de Regulação do município de Sobral, por meio do sistema de regulação municipal vigente e/ou outro sistema que possa ser implantado pela gestão municipal da saúde, garantindo o acesso aos serviços pactuados e contratualizados, independente da instituição de saúde de origem deles;
7. Estar ciente de que não poderá recusar a realização de qualquer consulta e/ou procedimento previamente agendado pela Central de Regulação do município. Qualquer alteração de agenda deverá ser comunicada para autorização do gestor do SUS da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral;
8. Manter o atendimento aos usuários do SUS, em conformidade com o fluxo de referência estabelecido pelo gestor do SUS da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral, e de acordo com as Redes de Atenção à Saúde, com a garantia da disponibilidade da gratuidade, de acordo com os princípios do SUS, sendo respeitados os preceitos de regulação de acesso;
9. Garantir a realização da Assistência à Saúde no âmbito Hospitalar, o qual inclui serviços de média e alta complexidade, em estrutura própria ou terceirizada;
10. Garantir que a execução dos procedimentos seja feita por profissionais especializados, conforme critérios para composição de quadro mínimo de profissionais necessários para prestação dos serviços contratualizados, conforme normas do Ministério da Saúde, sendo obrigatório o cadastro destes no CNES da instituição, e estar em dia com as obrigações dos respectivos conselhos de classe;
11. Garantir a observância integral dos protocolos técnicos de atendimentos e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS, executando-se as situações especiais, quando o quadro clínico do paciente necessitar de medidas que extrapolam o previsto;



12. Obedecer às normas e aos protocolos clínicos, portarias e diretrizes terapêuticas recomendadas pelas Áreas Profissionais Especializadas e/ou definidas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, para a correta prestação dos serviços;
13. Garantir a gratuidade de todos e quaisquer procedimentos aos usuários do SUS, sob pena de ser submetido a punições administrativas e jurídicas, caso haja cobrança indevida;
14. Implementar o Programa de Segurança do Paciente - PNSP, segundo Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente da instituição;
15. Manter, durante toda a execução do instrumento contratual, as obrigações assumidas e as condições de habilitação e/ou qualificação exigidas para o credenciamento, de acordo com as especificações previstas neste termo;
16. Cumprir as normas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC e Conselho Federal de Medicina - CFM ou outro conselho pertinente à área, quando couber;
17. Registrar os agravos de notificação compulsória, conforme normas e rotinas da Vigilância Epidemiológica estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral;
18. Identificar corretamente o usuário, bem como comprovar sua procedência, preenchendo, de forma adequada, os laudos de Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC e Autorização de Internação Hospitalar - AIH, principalmente os campos obrigatórios, de forma completa e legível, além de comprovar a entrega de medicamentos para tratamento junto ao prontuário do paciente;
19. Manter disponível e atualizado o prontuário individualizado do usuário do SUS, contemplando os dados de identificação, sua procedência, os registros de avaliação clínica, indicações terapêuticas, exames e evoluções referentes aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, mantendo-os disponíveis à avaliação da Célula do Sistema Municipal de Auditoria em Saúde de Sobral (CEAUD/SMS);
20. Assinar e carimbar todas as AIH's com assinatura e carimbo do médico solicitante, endossadas pelo carimbo e assinatura da direção técnica/clínica da Instituição contratualizada e do autorizador da SMS do município de Sobral;
21. Assinar e carimbar as APAC's, contendo assinatura e carimbo do médico especialista solicitante e do auditor da SMS do município de Sobral;
22. Manter em arquivo, junto ao prontuário do paciente, a APAC e/ou AIH e todas as documentações pertinentes à mesma, conforme previsto na legislação vigente, a Lei 13.787 de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente;
23. Registrar em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi) os procedimentos realizados individualmente, e os procedimentos realizados em grupo devem ser registrados em BPA consolidado



(BPA-C); ambos devem ser comprovados com a devida assinatura diária do usuário e a assinatura e carimbo dos profissionais;

24. Seguir os preceitos dispostos no Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 e Norma Brasileira 9050/2020 da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT e/ou a legislação e/ou normatização que vier a substituí-las, o qual estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;
25. Comprovar, nos casos em que algum dos serviços pactuados for terceirizado, o contrato entre a instituição contratualizada e o serviço terceirizado, conforme informação constante no CNES;
26. Arcar com os materiais de consumo, equipamentos, profissionais, insumos e demais elementos necessários à execução dos serviços prestados, incluindo as despesas decorrentes do contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros, sendo que nenhum ônus e obrigação trabalhista, previdenciária e fiscal serão transferidos para a Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral;
27. Responsabilizar-se com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado à Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral e/ou a terceiros, decorrente de ação ou omissão, ou por culpa, ou em consequência de erros, imperícia ou imprudência;
28. Alimentar regularmente os sistemas de informações do Ministério da Saúde, incluindo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação Hospitalar - SIH, Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (para os casos que os exijam), Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA e outros sistemas de informações que venham a ser implementados no âmbito do SUS, em substituição ou em complementaridade a estes;
29. Utilizar o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS para faturamento da produção mensal, conforme calendário do Ministério da Saúde, que será avaliado e auditado para efeito de pagamento de procedimentos. Ressalta-se que só serão acatados os procedimentos regulados pela Central de Regulação do município de Sobral;
30. Entregar mensalmente a produção para a Célula de Controle e Avaliação de Sistemas, Ações e Serviços de Saúde (CECAV/CORAC) da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral, de acordo com calendário e normas definidos por esta Secretaria;
31. Respeitar os tetos financeiros apontados pelo Plano Operativo no que tange aos procedimentos financiados pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC;
32. Estar ciente de que os procedimentos custeados pelo recurso Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC só serão pagos após apuração e aprovação da produção informada nos sistemas ministeriais. Ressalta-se que há procedimentos e políticas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela SIGTAP/SUS que são financiados pelo FAEC, os quais terão um teto estimado previsto para fins de planejamento orçamentário. Com isso, caso a instituição venha a



produzir a maior, o excedente deve ser reconhecido para pagamento, desde que haja faturamento e aprovação pelo Ministério da Saúde;

33. Cumprir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e em outros dispositivos legais que venha substituí-la ou complementá-la;
34. Cumprir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 51, de 6 de outubro de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS, e em outros dispositivos legais que venha substituí-la ou complementá-la;
35. Proporcionar espaço físico adequado às diversas atividades dos serviços ofertados que permita um atendimento ágil, humanizado, qualificado e seguro em ambiente saudável aos usuários e familiares e/ou acompanhantes, sem ônus para a instituição contratante;
36. Manter ativas as Comissões pertinentes a sua área de atuação, como Comissão de Óbitos, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Ética Médica, entre outras;
37. Ofertar reabilitação e cuidados paliativos no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, para os casos que os exijam;
38. Esforçar-se pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados, conforme preconizado nas diretrizes dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados;
39. Garantir mecanismo de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores;
40. Garantir a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos ou eventuais desativações temporárias de serviços e/ou equipamentos, a Contratante deverá ser oficialmente comunicada por escrito, em tempo hábil, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;
41. Apresentar a Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral, sempre que solicitado, comprovação do cumprimento das obrigações tributárias legalmente exigidas, mantendo as condições de habilitação satisfatórias durante toda a vigência da Contratualização;
42. Apresentar materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do instrumento contratual;



43. Permitir que a Comissão designada pela Contratante realize o acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços;
44. Permitir livre acesso aos auditores indicados pela Coordenadoria de Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde (CORAC) da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral, bem como funcionários por ela determinados, fornecendo todos os documentos e informações necessárias a este serviço, sem aviso prévio ou comunicação formal, no caso de auditorias analíticas e/ou operacionais, inclusive permitindo o acompanhamento e o registro dos procedimentos por meio de fotografias, desde que previamente autorizadas pelo paciente, pesquisa de satisfação e entrevistas com usuários e profissionais de forma individual e reservada;
45. Participar ativamente das reuniões da Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC, a ser realizada quadrimestralmente e, extraordinariamente, quando necessárias;
46. Conhecer e cumprir o que determina o Regimento Interno da Comissão de Acompanhamento da Contratualização - CAC;
47. Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital, quando necessário;
48. Garantir atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços, responsabilizando-se por quaisquer danos causados aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;
49. Garantir acompanhamento aos usuários com mais de 60 anos, crianças, adolescentes, gestantes, idosos e portadores de necessidades especiais, de acordo com as legislações específicas;
50. Atender com presteza as reclamações sobre a qualidade dos serviços executados, providenciando sua imediata correção, sem ônus para a Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Sobral;
51. Respeitar e esclarecer ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos, justificando, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional à execução dos procedimentos previstos no instrumento contratual;
52. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
53. Estar em conformidade com os fundamentos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, no que se tratar da manipulação dos dados da Contratante e de terceiros, em sua criptografia, armazenamento e demais tratativas, resguardando os dados utilizados;
54. Garantir a interoperabilidade entre os Sistemas da SMS e da instituição contratualizada, permitindo o acesso desta Secretaria para acompanhar o cuidado integral ao usuário e para auxiliar nas respostas dos mandados judiciais;



55. Assumir total responsabilidade pelo sigilo das informações dos pacientes, dados, contidos em quaisquer mídias e documentos que seus empregados ou prepostos vierem a obter em função dos serviços prestados à Contratante, respondendo pelos danos que eventual vazamento de informações, decorrentes de ação danosa ou culposa, nas formas de negligência, imprudência ou imperícia, venha a ocasionar à Contratante;
56. Garantir que o usuário efetuará sua assinatura e/ou registro digital, certificando a realização de seu atendimento, no ato de cada tratamento, sendo vedada a possibilidade da confirmação prévia ao atendimento;
57. Promover ações de educação permanente que garantam o gerenciamento das tecnologias de forma racional e de acordo com os protocolos institucionais;
58. Responsabilizar-se pela implantação e execução do seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, em observância à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) vigente, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente;

Sobral, 03 de Novembro de 2025

Documento assinado digitalmente
gov.br FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES
Data: 03/11/2025 11:50:29-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES
CONTRATANTE

Documento assinado digitalmente
gov.br RENATA ALBALADEJO MORBECK
Data: 31/10/2025 18:41:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

RENATA ALBALADEJO MORBECK
CONTRATADA

Documento assinado digitalmente
gov.br ENAILE SOUSA LIMA DE CASTRO
Data: 03/11/2025 11:44:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

ENAILE SOUSA LIMA DE CASTRO
Coordenadora Jurídica

TESTEMUNHAS:

1. Documento assinado digitalmente
gov.br ARYOLINO ARRUDA BRITO
Data: 03/11/2025 11:58:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2. Documento assinado digitalmente
gov.br LEYLANNE MARIA RODRIGUES DE LIMA
Data: 03/11/2025 12:14:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Nome: Validador de assinaturas eletrônicas

Data de Validação: 03/11/2025 12:15:40 BRT

Versão do software(Verificador de Conformidade): 2.21.1.2

Versão do software(Validador de Documentos): 3.0.5.2

Fonte de verificação: Offline

Nome do arquivo: SCMS_-_Plano_Operativo_-_proposta_2025_ajustes_301025_assinado_%29_assinado_assinado_assinado_assinado.pdf

Resumo da SHA256 do arquivo:

8dc2ce0046271b6b424a08fada26f10fbf96c0be060e61756990a1c90b251c43

Tipo do arquivo: PDF

Quantidade de assinaturas: 5

Quantidade de assinaturas ancoradas: 5

CN=RENATA ALBALADEJO MORBECK

Informações da assinatura

Assinante: CN=RENATA ALBALADEJO MORBECK

CPF: ***.558.358-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 31/10/2025 18:41:18 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=RENATA ALBALADEJO MORBECK

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 10/09/2025 11:15:32 BRT

Aprovado até: 10/09/2026 11:15:32 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

CN=ENAILE SOUSA LIMA DE CASTRO

Informações da assinatura

Assinante: CN=ENAILE SOUSA LIMA DE CASTRO

CPF: ***.014.893-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 03/11/2025 11:44:18 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=ENAILE SOUSA LIMA DE CASTRO

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 18/08/2025 02:01:45 BRT

Aprovado até: 18/08/2026 02:01:45 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade
Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

CN=FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

Informações da assinatura

Assinante: CN=FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

CPF: ***.643.203-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 03/11/2025 11:50:29 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=FRANCISCO MEYKEL AMANCIO GOMES

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 06/01/2025 10:10:55 BRT

Aprovado até: 06/01/2026 10:10:55 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

CN=ARYOLINO ARRUDA BRITO

Informações da assinatura

Assinante: CN=ARYOLINO ARRUDA BRITO

CPF: ***.208.373-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 03/11/2025 11:58:41 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=ARYOLINO ARRUDA BRITO

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 11/08/2025 08:20:26 BRT

Aprovado até: 11/08/2026 08:20:26 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid

CN=LEYLANNE MARIA RODRIGUES DE LIMA

Informações da assinatura

Assinante: CN=LEYLANNE MARIA RODRIGUES DE LIMA

CPF: ***.340.483-**

Tipo de assinatura: Destacada

Status de assinatura: Aprovado

Caminho de certificação: Valid

Estrutura: Em conformidade com o padrão

Cifra assimétrica: Aprovada

Resumo criptográfico: true

Data da assinatura: 03/11/2025 12:14:06 BRT

Atributos obrigatórios: Aprovados

Mensagem de alerta: Nenhuma mensagem de alerta

Política de assinatura:

Certificados utilizados

CN=LEYLANNE MARIA RODRIGUES DE LIMA

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 03/09/2025 16:22:07 BRT

Aprovado até: 03/09/2026 16:22:07 BRT

Expirado (LCR): false

CN=AC Final do Governo Federal do Brasil v1, OU=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Buscado: Offline

Assinatura: true

Emissor: CN=AC Intermediaria do Governo Federal do Brasil v1, OU=Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1, O=Gov-Br, C=BR

Data de emissão: 17/06/2020 17:50:27 BRT

Aprovado até: 09/06/2033 09:00:47 BRT

Expirado (LCR): false

Atributos usados

Atributos obrigatórios

Nome do atributo: IdMessageDigest

Corretude: Valid

Nome do atributo: IdContentType

Corretude: Valid

Nome do atributo: SignatureDictionary

Corretude: Valid

Atributos Opcionais

Nome do atributo: IdSigningTime

Corretude: Valid