

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação - CGSI

Manual do Sistema de Informações

Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

BRASÍLIA/DF

DEZ/2004

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	OBJETIVOS.....	6
3.	DOCUMENTOS DO SISTEMA.....	6
3.1.	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH.....	6
3.2.	LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS.....	7
3.3.	LAUDO DE ENFERMAGEM PARA EMISSÃO DE AIH DE PARTO NORMAL.....	7
3.4.	AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH.....	7
3.4.1.	AIH DE IDENTIFICAÇÃO 7 – FORMULÁRIO	7
3.4.2.	AIH IDENTIFICAÇÃO 1 - MEIO MAGNÉTICO	8
3.4.3.	AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 - LONGA PERMANÊNCIA	8
3.5.	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES	8
3.6.	CADASTRO DE TERCEIROS	9
3.6.1.	F.C.T. PESSOA JURÍDICA.....	9
3.6.2.	F.C.T. PESSOA FÍSICA.....	9
3.6.3.	CADASTRO DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO	9
3.7.	FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA - FCBPA.....	9
3.8.	FICHA DE CADASTRO DE ÓRGÃO EMISSOR – FCOE	10
3.9.	EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR.....	10
4.	FLUXO DO SISTEMA.....	10
5.	FLUXO DA INTERNAÇÃO	11
5.1.	CONSULTA	11
5.2.	PREENCHIMENTO DO LAUDO MÉDICO	11
5.3.	PREENCHIMENTO DO LAUDO DO ENFERMEIRO(A) OBSTETRA.....	12
5.4.	EMISSÃO DA AIH.....	12
5.4.1.	CONTROLE DE INTERNAÇÃO	12
5.5.	INTERNAÇÃO	13
5.5.1.	A ESCOLHA	13
5.5.2.	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	13
5.6.	HOSPITAL	14
5.7.	PREENCHIMENTO DA AIH	14
5.7.1.	PREENCHIMENTO DOS CAMPOS (ARQUIVO SISAIH01)	14
5.7.2.	MÓDULO AUTORIZADOR	18
5.7.3.	TIPO – preencher o vínculo conforme tabela abaixo:.....	19
5.7.3.1.	TIPO DE ATO – preencher com 2 dígitos o código do ato profissional	20

5.7.3.2.	ESPECIALIDADE – preencher com 2 dígitos a especialidade	20
5.7.3.3.	MOTIVO DE COBRANÇA.....	21
5.7.4.	CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (MÉDICO AUDITOR)	22
5.7.4.1.	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.....	24
5.7.4.2.	POLITRAUMATIZADOS	25
5.7.4.3.	CIRURGIA MÚLTIPLA	28
5.7.4.4.	TRATAMENTO DE AIDS	29
5.7.4.5.	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, COMPONENTES ESPECIAIS E DIÁRIAS. .	30
5.7.4.5.1.	DIÁRIAS DE UTI/ CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL.....	30
5.7.4.5.2.	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	33
5.7.4.5.3.	DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE.....	33
5.7.4.5.4.	TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS.....	34
5.7.4.5.5.	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.....	35
5.7.4.5.6.	FATORES DE COAGULAÇÃO.....	35
5.7.4.5.7.	NUTRIÇÃO PARENTERAL	36
5.7.4.5.7.1.	NUTRIÇÃO ENTERAL.....	36
5.7.4.5.8.	CICLOSPORINA	36
5.7.4.5.9.	ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA E NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	37
5.7.4.5.10.	PERMANÊNCIA A MAIOR.....	39
5.7.4.5.11.	QUIMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA.....	40
5.7.4.5.12.	EXOSANGÜINEOTRANSFUSÃO	41
5.7.4.5.13.	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO: Diária de Recém-Nato	41
5.7.4.5.14.	CIRURGIA MÚLTIPLA EM PACIENTES COM LESÕES LÁBIO-PALATAIS.	42
5.7.4.5.15.	ALBUMINA HUMANA	42
5.7.5.	CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS	43
5.7.5.1.	CONSULTA MÉDICA.....	44
5.7.5.2.	ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO	44
5.7.5.3.	HEMOTERAPIA.....	45
5.7.5.4.	FISIOTERAPIA	46
5.7.5.5.	RADIOLOGIA/ULTRA SONOGRAFIA	46
5.7.5.6.	ENDOSCOPIAS.....	46
5.7.5.7.	PATOLOGIA CLÍNICA	47
5.7.5.8.	ANATOMIA PATOLÓGICA	47
5.7.5.9.	PUNÇÕES-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS - PROCEDIMENTOS DIVERSOS	47
5.7.5.10.	ANESTESIA.....	47

5.7.5.11.	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - O.P.M.	48
5.7.5.12.	ACIDENTE DE TRABALHO.....	51
5.7.5.12.1.	NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO (PT GM/MS 1969/2001 de 25/10/2001 e PT SAS/MS 579/2001 de 20/12/2001)	51
5.7.5.13.	VIDEOLAPAROSCOPIA.....	52
5.7.5.14.	GESTANTE DE ALTO RISCO	52
5.7.5.15.	LAQUEADURA/VASECTOMIA – PLANEJAMENTO FAMILIAR	53
5.7.5.16.	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE ÁLCOOL E DROGAS.....	55
5.7.5.17.	ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....	56
5.7.5.18.	REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO – (PT GM/MS 938/2002)	57
5.7.6.	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	58
5.7.6.1.	PSIQUIATRIA	58
5.7.6.1.1.	TRATAMENTO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	58
5.7.6.1.2.	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL – DIA	60
5.7.6.1.3.	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL	60
5.7.6.2.	QUEIMADOS	61
5.7.6.3.	TRATAMENTO DA AIDS.....	63
5.7.6.3.1.	TRATAMENTO DE AIDS/HOSPITAL DIA	63
5.7.6.4.	PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS	63
5.7.6.5.	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	65
5.7.6.6.	TRATAMENTO DA HANSENÍASE – LESÕES EXTENSAS.....	65
5.7.6.7.	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO.....	66
5.7.6.8.	PEDIATRIA	66
5.7.6.9.	DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO	66
5.7.6.10.	NEUROCIRURGIA - TRATAMENTO CONSERVADOR	67
5.7.6.11.	OBSTETRÍCIA	67
5.7.6.12.	EMISSÃO DE NOVA AIH.....	68
5.7.6.13.	INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	69
5.7.6.14.	HOSPITAL DIA	70
5.7.6.14.1.	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM REGIME DE HOSPITAL DIA.....	70
5.7.6.14.2.	ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL.....	71
5.7.6.14.3.	ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM AIDS.....	72
5.7.6.14.4.	ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM GERIATRIA.....	73
5.7.6.14.5.	ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA - FIBROSE CÍSTICA.....	74

5.7.6.14.6.	ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA PARA INTERCORRÊNCIAS APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS.....	74
5.7.6.14.6.1.	AUTOGÊNICO	75
5.7.6.14.6.2.	ALOGÊNICO APARENTADO:	75
5.7.6.14.6.3.	ALOGÊNICO NÃO APARENTADO	75
5.7.6.15.	INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM PACIENTE ONCOLÓGICO.....	76
6.	ALTA COMPLEXIDADE	76
6.1.	TRANSPLANTES E RETRANSPLANTES	76
6.2.	ALTA COMPLEXIDADE EM CÂNCER.....	77
6.3.	ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR.....	78
6.4.	ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO DE EPILEPSIA.....	81
6.5.	ALTA COMPLEXIDADE MALFORMAÇÃO(ÕES) / LÁBIO(S)-PALATAL(IS)	81
6.6.	ALTA COMPLEXIDADE EM TRAMATO-ORTOPEDIA	82
6.7.	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO	82
6.8.	NEUROCIRURGIA	82
6.9.	BUSCA ATIVA DE POSSÍVEL DOADOR DE ORGÃOS.....	85
6.10.	DISTÚRBIOS DO SONO - Polissonografia	92
6.11.	DEFICIÊNCIA AUDITIVA.....	92
6.12.	GASTROPLASTIA	93
6.13.	TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS IMPERFECTA (PT GM/MS nº 2305 19/12/01) 94	
7.	FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH	95
8.	PRONTUÁRIO MÉDICO.....	97
9.	ACOMODAÇÃO.....	103
10.	MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH	104
11.	ESTRUTURAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SIH-SUS	108
12.	SIPAC – Códigos de SIPAC	109
13.	COMPATIBILIDADE CID X PROCEDIMENTO	110
14.	AUDITORIA	111
15.	TIPO DE PRESTADOR /NATUREZA.....	113

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição de 1988 regulamentada através da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1.990, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS.

O INAMPS ficou incumbido de implantar o SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde), a partir de 1º de julho de 1990 em âmbito nacional, tendo como base o Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS, e seu instrumento a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), em toda rede Hospitalar Própria, Federal, Estadual, Municipal, Filantrópica e Privada Lucrativa, regulamentada pela RS/INAMPS n.º 227 de 27 de julho de 1992. A PT/MS/SNAS n.º 16 de 08 de janeiro de 1991, implantou no SIH/SUS a tabela única de Remuneração para Assistência à Saúde na modalidade hospitalar. O acervo de informações e valores do SAMHPS passou a compor a base do SIH/SUS.

Com o avanço da implantação do SUS em todo o país e dando seqüência a seus princípios, tornou-se necessário o estabelecimento de mecanismos operacionais que permitissem a efetiva descentralização da gestão dos serviços de saúde. Estes mecanismos foram então estabelecidos pelas Normas Operacionais Básicas - NOBSUS 01/93 e NOBSUS 01/96 e Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e 01/2002.

2. OBJETIVOS

Informar sobre o SIH-SUS, sua implantação e características gerais. Fornecer instrumentos aos Gestores Estaduais e Municipais a adequada administração e controle do Sistema. Capacitar os servidores dos estabelecimentos hospitalares (Federais, Estaduais, Municipais, Filantrópicas e Privadas Lucrativas) integrantes do Sistema a manusear e preencher corretamente os documentos que a ele se referam.

3. DOCUMENTOS DO SISTEMA

3.1. LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH.

Laudo Médico é o documento utilizado para solicitar a internação do paciente em Hospitais que prestam atendimento ao SIH-SUS, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos. Permite a emissão de AIH que irá garantir o acesso ao estabelecimento hospitalar, bem como o pagamento dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS, durante a internação hospitalar.

A PT GM/MS nº 737, de 16/05/01, aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e a necessidade de estabelecer mecanismos que permitam incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas,

A PT GM/MS nº 1.969, de 25/10/01, dispõe sobre o preenchimento de internação hospitalar em casos de quadro compatível com causas externas, com doenças e acidentes relacionados ao trabalho;

Portaria GM/MS nº 1.969/2001, republicada em 19/06/2002 altera os itens que compõem o laudo de internação e relaciona os procedimentos compatíveis com causas externas e a Portaria Conjunta SE-SAS/MS nº 88, de 29/11/01, republicada no DOU de 03/12/01, acrescenta ao modelo de Laudo Médico vigente para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, as informações a seguir especificadas:

Preencher em caso de causas externas/Tipo de causa externa	CID Secundário
Acidente de Trânsito/CNPJ da Seguradora/Nº do Bilhete/Série	Descrição da Natureza da Lesão
Acidente de Trabalho de trajeto	Classificação Brasileira de Ocupações – CBO-R
Acidente de Trabalho típico	Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE-R
CID Principal	

Criar o código 99.083.01-9 - Procedimento de Notificação de Causas Externas e de Agravos - PNCEA relacionados ao Trabalho.

Estabelecer que o PNCEA relacionados ao Trabalho será pago aos hospitais que cumpram os dispositivos constantes da Portaria a partir 01/2002.

O PNCEA deverá ser lançado no Campo de Serviços Profissionais da primeira AIH - Autorização de Internação Hospitalar do paciente:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
35	CNPJ DO HOSPITAL	99.083.01-9	45	01

3.2. LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

É o documento para solicitação de procedimentos especiais a ser preenchido pelo médico assistente e autorizados pelo Diretor Geral, Diretor Clínico do estabelecimento hospitalar ou pelo Órgão Gestor, a critério deste.

3.3. LAUDO DE ENFERMAGEM PARA EMISSÃO DE AIH DE PARTO NORMAL

É o documento para solicitação de autorização para emissão de AIH de Parto Normal sem Distócia nos hospitais autorizados.

3.4. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH

3.4.1. AIH DE IDENTIFICAÇÃO 7 – FORMULÁRIO

É emitida em duas vias, ou eletronicamente, conforme determina a PT/MS/SAS 51 de 11/02/2000, exclusivamente pelos Órgãos Emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria, (pré impressa e/ou determinada). A 1ª via será apresentada ao hospital pelo paciente ou seu responsável e será anexada ao prontuário médico. A 2ª via será arquivada no Órgão Emissor.

3.4.2. AIH IDENTIFICAÇÃO 1 - MEIO MAGNÉTICO

A AIH é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema.

É através deste documento que Hospitais, Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT se habilitarão a receber pelos serviços prestados.

A transcrição dos dados da internação para a AIH destinados ao processamento, observa as características dos arquivos e o fluxo de informações definidos neste MANUAL e nas versões dos Programas – SISAIH01, fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, no site: <http://datasus.saude.gov.br> .

3.4.3. AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 - LONGA PERMANÊNCIA

É utilizado para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Assistência Domiciliar Geriátrica. Após autorizada a permanência do paciente pelo Órgão Gestor, o hospital deverá emitir a AIH-5, que receberá a mesma numeração da AIH-7 que deu origem à internação. A AIH-5 deverá ser anexada ao prontuário médico.

3.5. FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES

A "Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde" é o instrumento que permite ao gestor coletar dados de todos os estabelecimentos de saúde do país, inclusive os não participantes do SUS, e para Incluir, Alterar ou Excluir Unidades Hospitalares e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia no Cadastro de Hospitais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS.

O código do CNES e o CNPJ do Estabelecimento de Saúde são a chave de acesso ao SIH/SUS constituindo-se em elementos indispensáveis para identificação dos estabelecimentos no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento na FCES, em qualquer uma das situações: Inclusão, Alteração ou Exclusão. Caso o estabelecimento não possua CNPJ próprio, deve-se informar o CNPJ da Mantenedora no campo específico da FCES.

As Secretarias Municipais de Saúde deverão realizar o cadastramento do estabelecimento hospitalar e sua atualização permanente, dependendo das competências compatíveis com o nível de gestão, sob supervisão da Secretaria Estadual de Saúde.

As informações poderão ser registradas em meio magnético, de acordo com as instruções do Manual de Preenchimento, com cópia impressa, datada e assinada pelo Gestor e pelo Prestador de Serviços, em duas vias, com a seguinte destinação:

1ª via - GESTOR do SUS

2ª via – HOSPITAL

Os dados deverão ser encaminhados pelo gestor ao DATASUS em meio magnético transmitidos pelo site do CNES (www.Datasus.gov.Br/cnes).

3.6. CADASTRO DE TERCEIROS

3.6.1. F.C.T. PESSOA JURÍDICA

PT/MS//SAS nº 51, de 26 de fevereiro de 2004 extingue a FCT -Ficha Cadastral de Terceiros - Pessoa Jurídica e Pessoa Física.

O cadastramento de Terceiro Pessoa Jurídica/Física para prestação de serviço no SIH/SUS será realizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, no qual receberá um número que será seu código de identificação.

O número do CNES e CNPJ do Estabelecimento são chave de acesso ao SIH-SUS, constituindo-se elementos indispensáveis para a sua identificação no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento na FCES, em qualquer uma das situações inclusão, alteração e exclusão.

As informações poderão ser registradas em meio magnético, com cópia impressa, datada e assinada pelo gestor e pelo prestador de serviço, em duas vias, com a seguinte destinação:

1ª via - GESTOR do SUS

2ª via – PRESTADOR DE SERVIÇO

Os dados deverão ser encaminhados pelo gestor ao DATASUS em meio magnético transmitidos pelo site do CNES (www.datasus.gov.br/cnes).

3.6.2. F.C.T. PESSOA FISICA

PT/MS//SAS nº 51, de 26 de fevereiro de 2004 extingue a FCT -Ficha Cadastral de Terceiros - Pessoa Física.

3.6.3. CADASTRO DE PROFISSIONAL AUTÔNOMO

O cadastramento de Profissional Autônomo (Pessoa Física) no SIH é realizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES do estabelecimento no qual presta serviço.

O CPF do prestador de serviço é a chave de acesso ao SIH-SUS, constituindo-se elemento indispensável para a sua identificação no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento, em qualquer uma das situações inclusão, alteração e exclusão.

3.7. FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA - FCBPA.

O Formulário de Cadastramento de Beneficiário(a) de Pensão Alimentícia - FCBPA é o instrumento para o Gestor Incluir, Alterar ou Excluir Beneficiários(as) de Pensão Alimentícia no Cadastro de Terceiros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH-SUS.

O CPF do Profissional e do(a) Beneficiário(a) são chaves de acesso ao SIH-SUS constituindo-se em elementos indispensáveis para sua identificação no Sistema, devendo constar,

obrigatoriamente, em todo FCBPA, qualquer que seja a sua destinação: Inclusão, Alteração ou Exclusão.

O FCBPA deverá ser preenchido a máquina ou com tinta preta ou azul, em letra de imprensa, com caracteres em maiúscula e deverá ser encaminhado juntamente com o Mandato Judicial.

O FCBPA será preenchido em 3 (três) vias, com a seguinte destinação:

1ª via – DATASUS

2ª via - GESTOR do SUS

3ª via – BENEFICIÁRIA

3.8. FICHA DE CADASTRO DE ÓRGÃO EMISSOR – FCOE

A Portaria Conjunta SE/SAS nº 23, de 21 de maio de 2004, extingue a Ficha de Cadastro de Órgão Emissor – FCOE.

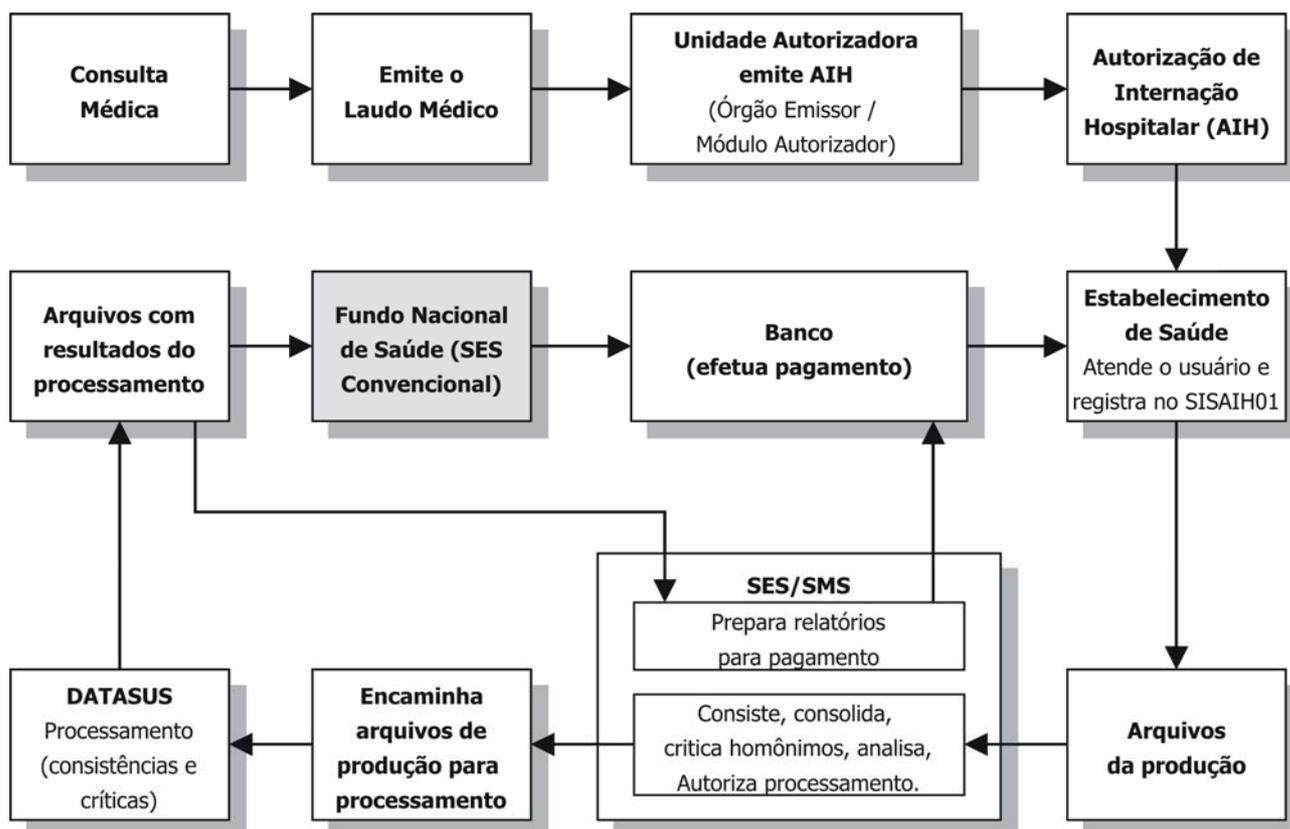
3.9. EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR

A Portaria SAS/MS nº 448, de 08 de julho de 2002 revoga a PT/SAS/MS nº 74/94 que tratava da obrigatoriedade da emissão do extrato da Conta Hospitalar.

4. FLUXO DO SISTEMA

Nos Procedimentos realizados em caráter eletivo, o fluxo inicia-se com a Consulta Médica em estabelecimento de saúde prestador de serviço para SUS na modalidade ambulatorial (consultório médico, Unidade Ambulatorial) onde o assistente emite o Laudo;

. Nos Procedimentos realizados em caráter, de urgência o fluxo inicia-se com a internação, hospitalar, ou seja, o Laudo Médico é emitido no hospital, e segue o fluxo, conforme o organograma.



5. FLUXO DA INTERNAÇÃO

5.1. CONSULTA

A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em estabelecimento de saúde (consultório médico, Unidade Ambulatorial e de Urgência/Emergência pública ou privada) Contratado/conveniada para prestar atendimento ao SUS.

O médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico.

A consulta realizada por enfermeiro obstetra somente poderá ocorrer em Unidades Ambulatoriais (Públicas ou Privadas) integrantes do Sistema único de Saúde – SUS

Obs: Nesses casos o enfermeiro obstetra solicitará a AIH por meio do Laudo de Enfermagem para Parto Normal sem Distócia.

5.2. PREENCHIMENTO DO LAUDO MÉDICO

O Laudo Médico deverá ser preenchido (em letra legível) em duas vias, pelo Médico Assistente (solicitante), e conterá, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

Os campos relativos ao quadro “ÓRGÃO EMISSOR” deverão ser preenchidos de forma legível, pois esses dados serão transcritos diretamente para a AIH.

O médico solicitante registrará ainda, em campo próprio, o seu CRM e CPF, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo Médico, de acordo com a Tabela do SIH-SUS e a CID 10.

O SIH-SUS utiliza modelo (ver PT 1969) de Laudo Médico. Caso o Hospital disponha de outro impresso com as mesmas características e a mesma finalidade poderá continuar a utilizá-lo.

O Laudo Médico deverá ser preenchido no ato da internação, podendo ser apresentado para emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência até 02 (dois) dias úteis, após o internamento, em 2 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente.

5.3. PREENCHIMENTO DO LAUDO DO ENFERMEIRO(A) OBSTETRA

O Laudo do Enfermeiro Obstetra conterá, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

O enfermeiro obstetra solicitante registrará ainda, em campo próprio, o seu COREN e CPF, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo – Parto Normal sem Distócia.

O Modelo do Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal sem Distócia foi aprovado pela PT/MS/SAS 163 de 22 de Setembro de 1.998.

O Laudo de Enfermagem deverá ser preenchido no ato da internação podendo ser apresentado para a emissão da AIH, nos casos de urgência/emergência até 48 (quarenta e oito) horas úteis, após o ato, em 2 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor de AIH da SES ou SMS e a segunda anexada ao prontuário do paciente.

5.4. EMISSÃO DA AIH

O laudo de internação, deverá ser encaminhado à Unidade Gestora local, onde o médico responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento e:

- A) - Considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais;
- B) - Considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH.

Autorizada a internação, o Órgão Emissor preenche o campo "Órgão Emissor" da AIH com a identificação do paciente, a partir dos dados constantes do Laudo Médico.

5.4.1. CONTROLE DE INTERNAÇÃO

O Sistema de Controle de Internação disponível no MS, SGAIH (Sistema de Gestão de AIH) foi desenvolvido pela DATASUS com o objetivo de atender a demanda dos gestores no processo de descentralização.

Funciona de forma a complementar o SIH/SUS, permitindo aos gestores Estaduais ou Municipais o controle das internações, anterior ao pagamento.

Sistema De Controle De Internação; Objetivos; Mudança da Lógica de Distribuição de AIH; Controle Prévio Das Internações; Recadastramento e Classificação Das Unidades; Implantação Da Central De Regulação.

5.5. INTERNAÇÃO

5.5.1. A ESCOLHA

Nos casos de internação eletiva, de posse da AIH o paciente terá direito à escolha do Hospital de sua preferência, dentre os prestadores de serviços para SUS e a internação se dará de acordo com a disponibilidade de vaga.

Na escolha do Hospital, o paciente ou responsável poderá servir-se de informações do Gestor Local.

5.5.2. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

O caráter da internação poderá ser:

Caráter	Descrição
1	Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.
1.1	Eletivo Atendimento em Hospital-dia (PT GM/MS 44 de 10/01/01)
2.0	Urgência/Emergência em Hospital de Referência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 horas úteis após a internação
2.1	Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência Atendimento em Hospital-dia (PT GM/MS 44 de 10/01/01)
2.6	Quadro compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.7	Quadro compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.8	Quadro compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.9	Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
3	Urgência/Emergência (caráter de internação extinto)
4	Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado
4.1	Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado em regime de Hospital-dia. Portaria GM/MS 44/01 de 10/01/01
5	Urgência/Emergência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 (quarenta e oito) horas úteis após a internação.
	Causas Externas
6	Quando compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
7	Quando compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho
8	Quando compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho
9	Quando compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho

5.6. HOSPITAL

No Hospital, o paciente recebe os cuidados médico hospitalares e, após o tratamento, a alta ou permanência, os dados e atos são lançados na AIH, assim como os CPF e CNPJ dos profissionais que executaram os atendimentos, devendo ser aposta a assinatura do Diretor Geral ou Diretor Clínico no espelho definitivo da AIH .

5.7. PREENCHIMENTO DA AIH

Os meios magnéticos são instrumentos de preenchimento e apresentação das AIH para efeito de cobrança e pagamento, e serão avaliados pelos Órgãos Receptores definidos pelo SUS, em cada Unidade da Federação, e encaminhados ao DATASUS para processamento.

Meios magnéticos contendo erros ou com dados inconsistentes, serão devolvidos ao Hospital para correção.

Após o processamento das AIH o DATASUS emitirá as fitas de crédito bancário e os relatórios do sistema.

5.7.1. PREENCHIMENTO DOS CAMPOS (ARQUIVO SISAIH01)

O preenchimento dos Campos (Arquivo SISAIH01) deverá ser conforme estabelecido na versão disponibilizada para a competência.

Ficam extintas as edições de portarias ministeriais que dispõem sobre atualizações de versões mensais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (PT SAS/MS nº 492/2004).

Os gestores estaduais/municipais e prestadores de serviços, de acordo com sua inserção no Sistema Único de Saúde, deverão baixar mensalmente as versões atualizadas dos Sistemas de Informação, que operacionalizam os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que estarão disponíveis no *site* www.datasus.gov.br.

SISAIH01 Versão 11.93

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
001	DATASUS	Reservado ao DATASUS
002	DCIH-DOCUMENTO PARA COBRANÇA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Preencher com 08 dígitos o no. do DCIH (2 dígitos nº DCIH, 2 dígitos especialidade. e 4 dígitos ano)
003	QUANTIDADE DE AIH	Preencher com 03 dígitos o quantitativo de AIH constantes no DCIH.
004	APRESENTAÇÃO	Preencher com 06 dígitos o mês e ano da apresentação das AIH constantes do DCIH. (dois dígitos para o mês e quatro para o ano). (9.60)
005	ESPECIALIDADES	Preencher c/ 02 dígitos a especialidade do DCIH, conf. Tabela no item 5.7. (9.60)
006	CNPJ DO HOSPITAL	Preencher com 14 dígitos o CNPJ do hospital.
007	ÓRGÃO RECEBEDOR	Preencher com 07 dígitos o órgão recebedor.
008	PRONTUÁRIO	Preencher com 07 dígitos o número do prontuário.
009	SEQÜENCIAL	Preencher com 03 dígitos a numeração seqüencial da AIH no DCIH de 001 a 151.

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
010	IDENTIFICAÇÃO	Preencher com 01 dígito a identificação da AIH, conforme tabela abaixo: 1 - AIH principal (até 14 lançamentos no campo S. P). 3 - AIH de continuação (AIH com mais de 14 lançamentos no campo S. P). 5 - AIH de longa permanência
011	ÓRGÃO LOCAL	Preencher com 07 dígitos o código do órgão local.
012	NOME DO PACIENTE	Preencher com até 60 dígitos o nome do paciente
RESIDÊNCIA HABITUAL		
013	LOGRADOURO	Preencher com até 25 dígitos Rua, Avenida, etc.
014	NÚMERO	Preencher com 05 dígitos o número da residência.
015	COMPLEMENTAÇÃO	Preencher com 15 dígitos, apartamento, casa, etc.
016	MUNICÍPIO	Preencher com 20 dígitos o nome do município.
017	UF	Preencher com 02 dígitos a Unidade Federada.
018	CEP	Preencher com 08 dígitos.
019	DATA DE NASCIMENTO	Preencher com 08 dígitos a data do nascimento (dd/mm/aaaa).
020	SEXO	Preencher com 1 para masculino e 3 para feminino.
021	NÚMERO DA AIH	Preencher com 10 dígitos o nº da AIH.
022	ENFERMARIA	Preencher com 03 dígitos o número da enfermaria.
023	LEITO	Preencher com 04 dígitos o número do leito.
024	NOME DO RESPONSÁVEL	Preencher com até 60 dígitos o nome do responsável pelo paciente.
025	CPF do paciente	Preencher com: Código 1 - PIS-PASEP/CARTÃO SUS – 11 dígitos. Código 2; Documento de Identidade Código 3 Registro de Nascimento Código 4 CPF Código 5 Ignorado
026	DATASUS	Reservado ao DATASUS
027	NÚMERO DA CAT	em caso de acidente de trabalho preencher com 11 dígitos o no. da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)
028	CNPJ DO EMPREGADOR	quando houver, preencher com 14 dígitos o CNPJ do empregador.
029	MÉDICO SOLICITANTE	Preencher com 11 dígitos o CPF do médico solicitante.
030	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento solicitado.
031	CARATER DA INTERNAÇÃO	Preencher com 01 ou 2 dígitos, conforme tabela (constante item 5.5.2): (9.60)
032	DATA DA EMISSÃO	Preencher com 08 dígitos a data da emissão da AIH (dd/mm/aaaa). (9.60)
033	MÉDICO AUTORIZADOR	Preencher com 11 dígitos o CPF do médico el autorizador
CAMPO (MÉDICO AUDITOR)		
034	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento autorizado podendo ser efetuados até 05 lançamentos.
035	MÊS INICIAL - UTI	Preencher com 02 dígitos o no.de dias de UTI (nível I) utilizados no mês da internação.
036	MÊS ANTERIOR - UTI	Preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI (nível I) utilizados no mês anterior à alta.

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
037	MÊS ALTA - UTI	Preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI (nível I) utilizados no mês da alta, óbito ou transferência.
038	TOTAL - UTI	Preencher com 02 dígitos o número total de dias de UTI (nível I) utilizados.
039	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	Preencher o número de diárias de acompanhante, com 02 dígitos.
040	DATA DA AUTORIZAÇÃO	Preencher com 08 dígitos a data da autorização para utilização do campo procedimentos especiais (dd/mm/aaaa).
041	CPF DO AUDITOR	Preencher com 11 dígitos o número do CPF do auditor.
CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS		
042	TIPO	Preencher (com até 2 dígitos) o tipo de vínculo, conf. tabela no item 5.7.3
043	CNPJ/CPF	Preencher com 14 dígitos o CNPJ/CPF do prestador (para o CPF preencher com zeros à esquerda)
044	ATO PROFISSIONAL	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento.
045	TIPO DE ATO	Preencher c/ 02 dígitos o código tipo de ato, conf. tabela no item 5.7.3.1
046	QUANTIDADE DE ATOS	Preencher com 02 dígitos a quantidade de atos efetuados.
047	NOTA FISCAL	Preencher com 06 dígitos o número da nota fiscal do produto de OPM utilizado (ou quando RN ficar internado na UTI neonatal).
048	CPF DO DIRETOR GERAL/ CLÍNICO	Preencher com 11 dígitos o CPF do Dir. Geral ou Diretor Clínico do hospital.
049	PROCEDIMENTO REALIZADO	Preencher c/ o código do procedimento solicitado (08 dígitos). Caso tenha havido mudança de procedimento, preencher com o novo código do procedimento, lançado na 1ª. Linha do campo (Médico Auditor)
050	ESPECIALIDADE	Preencher com 02 dígitos o código da especialidade dos procedimentos realizados, conf. tabela no item 5.7.3.2 (9.60)
051	DATA DA INTERNAÇÃO	Preencher com 08 dígitos a data da internação (dd/mm/aaaa) (9.60)
052	DATA DA SAÍDA	Preencher com 08 dígitos a data da alta (dd/mm/aaaa) (9.60)
	INDICA DOCUM PAC	Preencher com o documento do paciente (9.80)
053	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Preencher com 04 dígitos (alfa numérico) o CID principal.
	DATASUS	Para uso DATASUS
054	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	Preencher com 04 dígitos o CID secundário.
055	MOTIVO DE COBRANÇA	Preencher com 02 dígitos o código de motivo de cobrança
Os campos 056 a 060 só devem ser preenchidos em caso de parto. (Uso específico para Recém Nato)		
056	NASCIDOS VIVOS	Preencher com 01 dígito o número de nascidos vivos.
057	NASCIDOS MORTOS	Preencher com 01 dígito o número de nascidos mortos.
058	SAÍDA/ALTA	Preencher com 01 dígito o número de altas.
059	SAÍDA/TRANSFERÊNCIA	Preencher com 01 dígito o número de transferências.
060	SAÍDA/ÓBITO	Preencher com 01 dígito o número de saídas com óbito.

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
061	DATASUS04	RESERVADO AO DATASUS
063	PRÓXIMA AIH	Preencher com o número da próxima AIH, quando for o caso.
064	AIH ANTERIOR	Preencher com o número da AIH Anterior, quando for o caso.
065	DATASUS05	RESERVADO AO DATASUS
066	CBOR	Preencher com 3 dígitos o Código Brasileiro de Ocupação reduzido em casos de Acidente de Trabalho
067	CNAER	Preencher com 3 dígitos o Código Nacional de Atividade Econômica em casos de Acidente de Trabalho
068	VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	Preencher com 1 dígito o vínculo com a Previdência onde: 1 – Autônomo 2 – Desempregado 3 – Aposentado 4 – Não Segurado 5 - Empregado 6 – Empregador
069	DATASUS	RESERVADO AO DATASUS
070	MUNICÍPIO PACIENTE	Preencher com 6 dígitos o município de origem do paciente.
071	DATASUS06	RESERVADO AO DATASUS
072	CNPJ PRESTADOR	Preencher com 14 dígitos o CNPJ do prestador do serviço
073	NACIONALIDADE	Preencher com 2 dígitos a nacionalidade do paciente
074	DATASUS07	RESERVADO AO DATASUS
075	FILHOS	Preencher com 2 dígitos o número. de filhos em caso de Método Contraceptivo
076	INSTRUÇÃO	PREENCHER O GRAU DE INSTRUÇÃO DO PACIENTE
077	CID NOTIFICAÇÃO	Preencher com o CID de Notificação
078	CONTRACEPTIVO 1	Preencher com 2 dígitos o Método Contraceptivo
079	CONTRACEPTIVO 2	Preencher com 2 dígitos o Método Contraceptivo
080	GESTANTE DE RISCO	Preencher com 1 dígito se é ou não gestante de Risco (0 – Não / 1 – Sim)
	DATASUS	RESERVADO AO DATASUS
082	INFECÇÃO HOSPITALAR	Preencher com 1 dígito se houve ou não Infecção hospitalar (0 – Não / 1 Sim)
083	CPF GESTOR	Preencher com 11 dígitos o CPF do gestor autorizado em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
084	DATA GESTOR	Preencher com 8 dígitos a data de Autorização do Gestor em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
085	CÓDIGO AUTORIZAÇÃO	Preencher com 3 dígitos o Código de autorização em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
086	DATASUS	RESERVADO DATASUS
087	PRÉ-NATAL	Preencher com 10 dígitos o número do cartão da gestante no Pré Natal (10.40)
088	SEQ. AIH 5	Preencher com 3 dígitos o seqüencial da AIH 5 (10.50)
089	CAR SUS	Numero cartão SUS
090	CNES	Numero do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (11.00)
091	CNPJ	Número do CNPJ da Mantenedora (11.30)

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
092	DATASUS09	RESERVADO DATASUS
LAY-OUT PARA AIH DE IDENTIFICACAO 4 (REGISTRO CIVIL DE RECEM-NATOS)		
	DATASUS	RESERVADO DATASUS
	DCIH	Numero do DCIH
	QTD_AIH	Quantidade de AIH
	APRES	Mes/ano de apresentação
	ESPEC_DCIH	Especialidade do DCIH
	CNPJ_HOSP	CNPJ do hospital
	ORG_REC	Codigo do Orgao Recebedor
	PRONT	Numero do Prontuario
	DATASUS	Para uso do DATASUS
	IDENT	Identificacao da AIH
	N_AIH	Numero da AIH
	DT_INT	Data de Internacao
REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO		
	NUMERO_DN	Numero da DN (08 bytes)
	NOME_RN	Nome recém nato (70 bytes)
	RS_CART	Razão Social Cartório (20 bytes)
	LIVRO_RN	Livro (8 bytes)
	FOLHA_RN	Folha (4 bytes)
	TERMO_RN	Termo (8 bytes)
	DT_EMIS_RN	Data da Emissão (8 bytes)
	DATASUS	Para uso do DATASUS

OBS: Os campos DATASUS devem ser preenchidos com zeros.

Todos os campos numéricos devem ter zeros à esquerda.

5.7.2. MÓDULO AUTORIZADOR

A Portaria Conjunta SE/SAS nº 23 de 21 de maio de 2004 instituiu Modulo Autorizador, aplicativo que permite o cadastramento do Órgão Emissor/Autorizador de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e o controle da numeração das autorizações com geração automática, de acordo com a série numérica válida para a Unidade da Federação.

O Módulo Autorizador é composto pelos itens a seguir especificados, e está disponível na Rede BBS, área 4:

- I- CADASTRO DE ÓRGÃO EMISSOR;
- II. CADASTRO DE AUTORIZADORES;
- III. GERAÇÃO INFORMATIZADA DO NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO;
- IV. CRÍTICAS DE COMPATIBILIDADE DE PROCEDIMENTOS;
- V. VALIDAÇÃO DAS AUTORIZAÇÕES;
- VI. IMPORTAÇÃO PARA O SGAIH.

O Código de Órgão Emissor é elemento indispensável para o controle efetivo de todas AIH emitidas pelo gestor, sendo obrigatório o seu preenchimento pelos Estados e Municípios.

5.7.3. TIPO – preencher o vínculo conforme tabela abaixo:

Tipo	Descrição	Tipo	Descrição
1	OPM	25	Incentivo ao parto - componente i
2	Hemoterapia	28	Anestesia em queimados (profissional c/ vínculo)
3	SADT próprio do hospital	29	Anestesia em queimados (profissional s/ vínculo)
4	Profissional com vínculo empregatício	30	Profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde
5	Cooperativa de médicos	31	Intercorrência do paciente médio e grande queimado
6	Atendimento ao Recém Nato na sala de parto (pessoa física)	34	Processamento/preservação de órgãos para transplante – (PT GM-877/02, 09/5/02)
7	Profissional autônomo	35	Notificação de causas externas e de agravos relacionados ao trabalho (pessoa jurídica – CNPJ – pt 88/02)
8	Sadt sem vínculo com o hospital	36	Incentivo ao registro civil de nascimento – (PT GM N° 938/02, 20/5/02)
13	Sadt (próprio) transplante	37	Hemodiálise -PJ
14	Profissional (sem vínculo) transplante	38	Instalação de Cateter Venoso Longa Permanência - PJ
15	Sadt transplante (terceiros)	39	Perfusionista – Pessoa Jurídica
16	Atendimento ao Recém Nato na sala de parto (pessoa jurídica)	40	Perfusionista – Pessoa Física
17	Profissional (com vínculo) transplante	41	Retirada de Enxerto Ósseo Autógeno (PF/PJ)
18	Diária de UTI especializada	42	Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
19	Medicamentos para intercorrências pós-transplantes	42	Teste para o Projeto Nascer - Maternidades
20	Diária de Acompanhante para lido e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	43	Inibição da Lactação em Puérperas HIV +
21	Analgesia para realização de parto (pessoa física)	44	Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco (Pessoa Física)
22	Analgesia para realização de parto (pessoa jurídica)	45	Profissional Autônomo sem Cessão de Crédito
23	Pediatra 1ª consulta (pessoa física)	46	Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco (Pessoa Jurídica)
24	Pediatra 1ª consulta (pessoa jurídica)	47	SADT Cardiovascular (próprio)
25	Incentivo ao parto - componente i	48	SADT Cardiovascular (Terceiro)
26	Nutrição enteral		

5.7.3.1. TIPO DE ATO – preencher com 2 dígitos o código do ato profissional

Tipo de Ato	Descrição	Tipo de Ato	Descrição
01	Cirurgião Ou Obstetra	31	Cirurgião Transplante
02	Primeiro Auxiliar Cirúrgico	32	SADT Pós-Transplante
03	Segundo Auxiliar Cirúrgico	33	Medicamentos Para Intercorrências Pós Transplantes
04	Terceiro Auxiliar Cirúrgico	34	Diária De Acompanhante Para Idoso E Diária De Cuidados Intermediários Neonatal
05	Demais Auxiliares Cirúrgicos	35	Analgesia Para Realização De Parto
06	Anestesista	36	Pediatra 1ª Consulta
07	Consulta Clínica	37	Incentivo Ao Parto - Componente
08	Anatomia Patológica	38	Nutrição Enteral
09	Assistência Ventilatória	39	Anestesia Para Paciente Queimado
10	Cardioversão	40	Retirada De Órgãos Interestadual
11	Fisioterapia	41	Intercorrência Paciente Médio e Grande Queimado
12	Hemoterapia	42	Retirada De Órgãos Intermunicipal
13	Inaloterapia	44	Processamento/Preservação Órgão Para Transplante (Pt 877/02)
14	Medicina Nuclear	45	Notificação De Causas Externas e de Agravos Relacionados Ao Trabalho (Pt 88/2)
15	Patologia Clínica	46	Incentivo Ao Registro Civil De Nascimento (Pt GM/MS 938/02)
16	Radiologia	47	Hemodiálise – PJ
17	Radioterapia	48	Instalação de Cateter Venoso – Longa Permanência – PJ
18	Traçados Diagnósticos	49	Perfusionista
19	OPM	50	Retirada de Enxerto Osseo Autogeno
20	Atendimento Ao Rn Na Sala De Parto	51	Teste para o Programa de Humanização no Pré – Natal e Nascimento
21	Diária De Uti Especializada	51	Teste para o Projeto Nascer - Maternidades
22	Taxa De Sala De Transplante	52	Inibição da Lactação em Puérperas HIV+
27	Neurocirurgia	53	Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco
30	Sadt Transplante	54	SADT Cardiovascular

5.7.3.2. ESPECIALIDADE – preencher com 2 dígitos a especialidade

Código	Descrição	Código	Descrição
1	CIRURGIA	6	TISIOLOGIA
2	OBSTETRÍCIA	7	PEDIATRIA
3	CLÍNICA MÉDICA	8	REABILITAÇÃO
4	PACIENTES SOB-CUIDADOS PROLONGADOS	9	PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA
5	PSIQUIATRIA		

5.7.3.3. MOTIVO DE COBRANÇA

SE ALTA:		1.5	INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO
1.1	CURADO	1.6	ADMINISTRATIVA
1.2	MELHORADO	1.7	POR INDISCIPLINA
1.3	INALTERADO	1.8	EVASÃO
1.4	A PEDIDO	1.9	PARA COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

SE PERMANÊNCIA:			
2.1	POR CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS DA DOENÇA	2.4	POR DOENÇA CRÔNICA
2.2	POR INTERCORRÊNCIA DO PROCEDIMENTO	2.5	POR IMPOSSIBILIDADE DE VIVÊNCIA SÓCIO-FAMILIAR
2.3	POR MOTIVO SOCIAL	2.6	PARA OUTRA INTERNAÇÃO (OUTRO DIAGNÓSTICO)

SE TRANSFERÊNCIA:		3.5	OBSTETRÍCIA
3.1	TISIOLOGIA	3.6	BERÇÁRIO
3.2	PSIQUIATRIA	3.7	PEDIATRIA
3.3	CLÍNICA MÉDICA	3.8	ISOLAMENTO
3.4	CIRURGIA	3.9	OUTROS

SE ÓBTO COM NECRÓPSIA		SE ÓBTO SEM NECRÓPSIA	
4.1	Ocorrido dentro das 1 ^{as} . 48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.	5.1	Ocorrido dentro das 1 ^{as} . 48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.
4.2	Ocorrido dentro das 1 ^{as} 48 horas, quando o paciente não for internado em estado pré-agônico ou agônico.	5.2	Ocorrido dentro das 1 a 48 horas, quando o paciente não for internado em estado pré-agônico ou agônico.
4.3	Ocorrido a partir de 48 horas após a internação.	5.3	Ocorrido a partir de 48 horas após a internação.
4.4	Óbito da parturiente com permanência do Recém Nascido	5.4	Óbito da parturiente com permanência do Recém Nascido

SE ALTA POR REOPERAÇÃO		6.5	Em cirurgia de emergência com menos de 24 da primeira cirurgia
6.1	Em politraumatizado com < de 24 horas da 1 ^a .cirurgia	6.6	Em cirurgia de emergência 24 a 48 horas após a primeira cirurgia.
6.2	Em politraumatizado 24 a 48 horas após a 1 ^a .cirurgia	6.7	Em cirurgia de emergência 48 a 72 horas após a primeira cirurgia.
6.3	Em politraumatizado 48 a 72 horas após a 1 ^a .cirurgia	6.8	Em cirurgia de emergência acima de 72 horas após a 1 ^a . cirurgia.
6.4	Em politraumatizado > de 72 hs. Após a 1 ^a . cirurgia	6.9	Em parturiente com permanência do Recém Nascido.

5.7.4. CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (MÉDICO AUDITOR)

É o campo da AIH utilizado para:

- ◆ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ◆ POLITRAUMATIZADO
- ◆ CIRURGIA MÚLTIPLA
- ◆ TRATAMENTO DA AIDS
- ◆ CIRURGIA MULTIPLA DE LESÕES LÁBIO-PALATAIS
- ◆ BUSCA ATIVA DE DOADOR DE ÓRGÃOS
- ◆ PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA
- ◆ PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA
- ◆ CIRURGIAS PLASTICAS SEQUENCIAIS POS GASTROPLASTIA
- ◆ PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, COMPONENTES E DIÁRIAS ESPECIAIS DA TABELA DO SIH-SUS, **EXCETO:** DIÁRIA DE UTI ESPECIALIZADAS E CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS; A HEMOTERAPIA, ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO; OPM; NUTRIÇÃO ENTERAL INCENTIVO AO PARTO COMPONENTE I - INCENTIVO A ASSISTENCIA PRE-NATAL, ANALGESIA OBSTETRICA REALIZADA POR ANESTESIA, PEDIATRA PRIMEIRA CONSULTA, TESTES RÁPIDOS P/ TRIAGEM DE INFECÇÃO PELO HIV (POR TESTE), MICROHEMAGLUTINAÇÃO P/ O TREPONEMA PALLIDUM P/ O DIGN. DE SÍFILIS, MONITORIZACAO DA PRESSAO INTRACRANIANA (MPIC)/DIA, LOCALIZAÇÃO ESTERIODIAGNOSTICA DE LESOES INTRACRANIANAS (NAO INCLUIDO TC OU RNM), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONANCIA MAGNÉTICA EM SERVIÇO CREDENCIADO EM NEUROCIRURGIA, ANGIOGRAFIA POR RNM EM SERVIÇO CREDENCIADO DE NEUROCIRURGIA; HEMODIÁLISE PARA PACIENTES RENAIIS AGUDOS; DIÁLISE PERITONEAL PARA PACIENTES RENAIIS AGUDOS, HEMOPERFUSÃO, ULTRAFILTRAÇÃO CONTÍNUA, HEMODIÁLISE CONTÍNUA, HEMOFILTRAÇÃO CONTÍNUA, HEDIAFILTRAÇÃO CONTÍNUA, HEMOFILTRAÇÃO, DIÁLISE PERITONEAL CONTÍNUA, DIARIA DE ACOMPANHANTE PARA PACIENTES IDOSOS; NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO; INCENTIVO AO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO; PERFUSIONISTA; RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO AUTÓGENO; INSTALAÇÃO CATETER VENOSO DE L.P., TOTALMENTE IMPLANTÁVEL E/OU SEMI-IMPLANTÁVEL; ADMINISTRAÇÃO DE INIBIDOR DE LACTAÇÃO EM PUÉRPERAS HIV+ (CABERGOLINA 0,5mg); ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS EM QUEIMADOS; INTERCORRENCIA DO PACIENTE MEDIO E GRANDE QUEIMADO; REALIZACAO DE TIPAGEM SANGUINEA - ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POS; REALIZACAO DE

EEG EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS (DETECCAO DE SILENCIO ENCEF; REALIZACAO DE ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS) EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS; REALIZACAO DE ECO DOPLER COLORIDO CEREBRAL EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS; TAXA DE SALA CIRURGICA E MATERIAIS PARA RETIRADA DE ORGAOS PARA TRANSPLANT; ENUCLEACAO UNILATERAL OU BILATERAL; RETIRADA DE CORACAO PARA TRANSPLANTE; RETIRADA DE PULMOES PARA TRANSPLENTE; RETIRADA UNILATERAL/BILATERAL DE RIM PARA TRANSPLANTE; RETIRADA DE FIGADO PARA TRANSPLANTE; COORDENADOR DE SALA CIRURGICA EM RETIRADA DE ORGAO; RETIRADA DE PANCREAS PARA TRANSPLANTE; EEG EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS (MENOR DE 2 ANOS); CINTILOGRAFIA RADIOISOTOPICA CEREBRAL; MANUTENCAO HEMODINAMICA DURANTE A RETIRADA DE ORGAOS; MANUTENCAO HEMODINAMICA DE DOADOR PARA RETIRADA DE ORGAOS POR EQUIPE DE H; PROCESSAMENTO/PRESERVAÇÃO/AVALIAÇÃO MICROSCÓPICA DE CÓRNEA PARA TRANSPLANTE ; DOSAGEM DE CICLOSPORINA; ECOGRAFIA; BIOPSIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO; RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO; CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO; MODULO SOROLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO; MODULO MICROBIOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO; INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE DE RIM; INTERCORRENCIA POS TRANSPLANTE – OUTROS; DOSAGEM DE SIROLIMUS; CICLOSPORINA 25MG; PROCESSAMENTO DE TECIDO MUSCULOESQUELETICO; CICLOSPORINA 50MG; CLOSPORINA 100MG; METILPREDNISOLONA 500MG INJ.; ANTICORPO MONOCLONAL MURINO ANTI CD3 05ML/100MG; GLOBULINA ANTILINFOCITARIA, ORIGEM EQUINA 05ML/100 MG; GLOBULINA ANTITIMOCITARIA OBTIDA/COELHOS 05ML/25MG; GLOBULINA ANTITIMOCITARIA OBTIDA/COELHOS 05ML/100MG; GLOBULINA ANTITIMOCITARIA OBTIDA/COELHOS 10ML/200MG; MICOFENOLATO MOFETIL 500 MG COMPRIMIDOS; TACROLIMUS,5MG - CAPSULA/MES; TACROLIMUS 0,5MG/01ML AMP/MES; BASILIXIMAB, 20MG-AMPOLA/MES; CICLOSPORINA, 10MG CAPSULA/DIA; DOSAGEM DO TACROLIMUS; TACROLIMUS 1MG - CAPSULA/MES; IMUNOGLOBULINA HIPERIMUNE ANTI-HBS APRESENTACAO FRASCO/AMPOLA 02 E 10 ML; DACLIZUMAB - APRESENTACAO AMPOLA 25 MG; SIROLIMUS 1 MG/ML;

Os códigos de identificação dos procedimentos, componentes e diárias especiais (Anexo II da Tabela do SIH-SUS) são compostos de 08 (oito) dígitos, distribuídos em 04 (quatro) segmentos, (xx. yyy.zz-d) a saber:

O primeiro e o segundo segmentos (xx. yyy) são números indicativos, para efeito de separação das atividades, atos ou procedimentos.

O terceiro segmento, composto por 02 (dois) dígitos (zz) identifica o número de vezes que o procedimento foi realizado no paciente durante a internação, quando se tratar dos códigos iniciados por 92 e 99. Assim deverão ser laçados códigos diferentes de acordo com o quantitativo de uso/utilização, respeitado o limite máximo para cada procedimento. Nos demais casos obedecem aos limites fixados através de normas ou portarias específicas.

O quarto segmento é o dígito verificador.

Esta sistemática de codificação não é utilizada para: Diária de UTI I, Diária de Acompanhante.

Este campo não poderá ser utilizado, sob pena de rejeição da AIH, nos casos em que o procedimento solicitado ou realizado for: Internação em Psiquiatria, Psiquiatria Hospital-Dia, Cuidados Prolongados, Transplantes e Retransplantes, AIDS Hospita-Dia, Implante Dentário Osteointegrado, Tratamento Ortodôntico em Lesões labiopalatais, Implante OsteointegradoExtra Oral e Cirurgia do Ouvido IV, Hospital-Dia, Hospital-Dia Geriátrico e Internação Domiciliar.

5.7.4.1. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Não é permitida mudança de procedimento solicitado, sob pena de rejeição da AIH, quando a mudança for de um procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, AIDS, e Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Lábio Palatais, Busca Ativa de Doador de Órgãos, Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia, Procedimentos Seqüenciais da Coluna em Ortopedia, Cirurgias Plásticas Corretivas em Pacientes Pós Gastropластиа.

Se durante a internação o diagnóstico inicial não for confirmado, ou houver superveniência de outra patologia de maior gravidade ou complexidade, ou de intercorrências que alterem a conduta ou a especialidade médica, o procedimento autorizado no laudo médico deverá ser modificado, mediante o preenchimento do Laudo Médico para Solicitação de Procedimentos Especiais, com a devida autorização pelo Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste.

O procedimento poderá ser alterado, nas seguintes situações:

De Clínica Médica para Clínica Médica

De Clínica Médica para Cirurgia

De Cirurgia para Clínica Médica

De cirurgia para cirurgia - naqueles casos em que uma 2ª cirurgia, de maior porte, se torne necessária durante o ato operatório, no mesmo ato anestésico. O código do procedimento de maior porte deverá ser lançado na primeira linha do Campo Procedimentos Especiais. Ao procedimento de menor porte caberá apenas a cobrança dos pontos referentes aos atos profissionais. No Quadro Serviços Profissionais deverão ser lançados todos os códigos dos procedimentos realizados (principal e secundários).

De Obstetrícia para Cirurgia e vice-versa – naqueles casos em que uma 2ª cirurgia, de maior porte, se torne necessária durante o ato operatório, no mesmo ato anestésico. O código do procedimento de maior porte deverá ser lançado na primeira linha do Campo Procedimentos Especiais. Ao procedimento de menor porte caberá apenas a cobrança dos pontos referentes aos atos profissionais. No Quadro Serviços Profissionais deverão ser lançados todos os códigos dos procedimentos realizados (principal e secundários).

Por determinação do Supervisor/Auditor se, ao analisar o prontuário com a AIH durante a supervisão analítica, os critérios técnicos relativos a prescrição, terapia e relatórios não forem satisfatórios.

O médico assistente justifica o novo procedimento, através de laudo dirigido ao Diretor Clínico, para fins de autorização do Gestor do SUS.

A mudança de procedimento deverá ser comunicada ao Diretor Clínico até o 1º dia útil subsequente à solicitação do novo procedimento.

O código do novo procedimento será lançado na 1ª linha do campo Procedimentos Especiais da AIH.

No campo Procedimento Realizado será lançado o código do procedimento constante na 1ª linha do campo Procedimentos Especiais.

O novo procedimento deverá ser lançado no prontuário para efeito de registro na AIH, durante o período da internação. Após alta ou óbito do paciente a mudança de procedimento somente poderá ser feita se o diagnóstico puder ser comprovado por exames complementares.

No Campo Procedimentos Especiais, o procedimento tem precedência sobre o ato, mesmo que este seja de maior valor.

5.7.4.2. POLITRAUMATIZADOS

Deverá ser lançado na AIH o código específico de Politraumatizado - 39.000.00.1, tanto no campo Procedimento Solicitado quanto no Procedimento Realizado.

No campo Procedimentos Especiais devem ser lançados, em ordem decrescente de complexidade e valores, os procedimentos realizados.

Serão admitidos lançamentos de até 05 procedimentos realizados.

Quando ocorrerem novas cirurgias, em atos anestésicos diferentes, deverá ser solicitada nova AIH.

Cirurgia Ortopédica/Traumatológica: permite o lançamento de apenas 01 procedimento por segmento (Bacia, Coluna e Membros) no campo procedimentos especiais. Em havendo outros procedimentos/atos deverá ser feito o lançamento no campo serviços profissionais.

Quando for necessária a intervenção concomitante nos membros superiores e/ou inferiores deve ser cobrado o procedimento de maior valor em cada membro (Direito e Esquerdo), no campo procedimentos especiais. Havendo outros procedimentos/atos, deverá ser feito somente o lançamento no campo serviços profissionais, conforme exemplos:

1º EXEMPLO: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de úmero e cúbito direito e cúbito esquerdo. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser lançado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - redução cirúrgica de fratura de úmero D

2ª linha - redução cirúrgica da fratura do cúbito E.

A redução do cúbito direito será lançada no campo serviços profissionais.

2º EXEMPLO: Paciente com fratura de rádio e tíbia direita e fêmur esquerdo. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser lançado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - redução cirúrgica de fratura de fêmur E;

2ª linha - redução cirúrgica da fratura da tíbia D;

3ª linha - redução cirúrgica da fratura do rádio D.

Os únicos procedimentos clínicos aceitos para cobrança em AIH de Politraumatizado são: Traumatismo Crânio-encefálico e Concussão Cerebral.

Cirurgia - somente será admitida a cobrança de um procedimento por especialidade cirúrgica, exceto em ortopedia.

Os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes politraumatizados devem ser agrupados conforme os códigos de cirurgia e odontologia, abaixo:

Início do Código	Descrição	Início do Código	Descrição
31	Cirurgia urológica	38	Cirurgia plástica
32	Cirurgia do Sistema Linfático e Vasos	39	Cirurgia ortopédica e traumatológica
33	Cirurgia gastroenterológica e órgãos anexos	40	Neurocirurgia
34	Cirurgia ginecológica	41	Cirurgia endocrinológica
35	Cirurgia obstétrica	42	Cirurgia do tórax
36	Cirurgia oftalmológica	44	Cirurgia odontológica
37	Cirurgia otorrinolaringológica	48	Cirurgia Cardiovascular

No Campo Procedimentos Especiais, os procedimentos têm precedência sobre os atos, na ordem de registro, mesmo que estes sejam de maior valor e tenham sido autorizados ou realizados anteriormente.

EXEMPLO:

- 1º- Traumatismo Cranioencefálico;
- 2º- Tomografia computadorizada de crânio e coluna.

Os procedimentos que na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS constarem com "Serviços Hospitalares, Serviços Profissionais e SADT" zerados (00), não podem ser lançados no Campo Procedimentos Especiais. A cobrança dos atos médicos deverá ser lançada no Campo Serviços Profissionais.

EXEMPLO: Procedimentos dos Grupos:

45.100.01.2	Endoscopias: Biópsias, Excisão, C. Estranho ou Diagnóstica.
45.100.02.0	Punções, Biopsias, Esvaziamentos.
45.100.03.9	Tratamento Conservador de Fratura
45.100.04.7	Procedimentos Diversos Os seguintes procedimentos: 31001041, 31001068, 31003087, 31006060, 31006086, 31006094, 31010105, 32001037, 32015046, 33001111, 33003033, 33005036, 33007039, 33025070, 34002014, 34002022, 34004033, 38006014, 38008017, 38011018, 38014017, 39001180, 39025136, 42007070, 44004044 e 44021038.

Exemplo de como devem ser cobrados os procedimentos realizados em politraumatizados:

No caso do paciente ser submetido a diversos procedimentos em especialidades diferentes.

1º EXEMPLO: Foram realizados esplenectomia, colostomia, redução cirúrgica de fratura de úmero E, e amputação de dedo da mão D. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser lançado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - Colostomia (código);

2ª linha - redução cirúrgica de fratura de úmero E (código)

3ª linha - amputação de dedo da mão D (código).

2º EXEMPLO: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio D., tibia e fêmur E., mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser lançado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - Colostomia (código);

2ª linha - redução cirúrgica da fratura do fêmur E (código);

3ª linha - redução cirúrgica da fratura do rádio D. (código).

Observação: Na ocorrência de outros procedimentos, que não sejam passíveis de autorização como tal, apenas os serviços profissionais poderão ser cobrados no Campo Serviços Profissionais.

Os componentes Serviços Hospitalares serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados no Campo Procedimentos Especiais, conforme tabela abaixo:

1º procedimento 100%	2º procedimento 100%	5º procedimento 50%
3º procedimento 75%	4º procedimento 75%	

Observação:

1 - Os componentes Serviços Profissionais (S.P) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem remuneração de 100% de valores em todos os Procedimentos Médicos lançados no Campo Procedimentos Especiais.

2 – Deverá ser emitida nova AIH, quando realizados mais de 5 procedimentos no campo procedimentos especiais.

No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento dentro de uma mesma especialidade EXCETO ORTOPEDIA, será solicitado somente o procedimento de maior valor, não caracterizando cobrança de POLITRAUMATIZADO:

EXEMPLO: Paciente com rotura de baço e lesão de cólon, em que foram realizados 2 procedimentos: esplenectomia e colostomia. Solicitar a AIH com o código do procedimento de

maior valor que, neste caso específico, é a colostomia, lançando a esplenectomia no campo serviços profissionais.

5.7.4.3. CIRURGIA MÚLTIPLA

Considera-se **cirurgia múltipla** o procedimento realizado por equipes distintas ou pela mesma equipe, em incisões e regiões anatômicas diferentes, no mesmo ato anestésico, para solucionar patologias distintas.

Deverá ser lançado na AIH, como procedimento solicitado e procedimento realizado o código 31.000.00-2.

No campo procedimentos especiais deverão ser lançados, em ordem decrescente de complexidade e valores, os procedimentos realizados.

Serão admitidos até 05 procedimentos realizados na mesma AIH.

Quando ocorrerem novas cirurgias, de emergência, em atos anestésicos diferentes, inclusive em reoperações, o médico assistente deverá solicitar nova AIH.

Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla; tem código específico na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS.

EXEMPLO: Ooforectomia uni ou bilateral - 34.001.05.0

Nos casos em que não existe código específico na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, exemplo: Mastectomia bilateral, os atos médicos poderão ser cobrados no Campo Serviços Profissionais, lançando o código constante da tabela duas vezes - 42.004.07.1. Não haverá a agregação de valores ao procedimento realizado. Os pontos lançados entrarão no rateio do corpo clínico.

Não é permitida a cobrança de Transplante Renal Receptor como Cirurgia Múltipla.

A PT.MPAS/SSM Nº 116, DE 13 de dezembro de 1979, conceitua **Laparotomia Exploradora** como uma cirurgia em que, após incisão ampla e exploração abdominal completa, não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso. E esse conceito até hoje não foi modificado.

Exemplos de como devem ser cobrados os procedimentos realizados em cirurgia múltipla:

1º EXEMPLO: Colecistectomia mais Herniorrafia Inguinal. A AIH deverá ser emitida com o procedimento 31.000.00.2 e os dois procedimentos deverão ser cobrados no Campo Procedimentos Especiais, desde que devidamente solicitados e autorizados no Laudo de Solicitação de AIH.

Os componentes Serviços Hospitalares serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados no Campo Procedimentos Especiais, conforme tabela abaixo:

1º procedimento 100%	3º procedimento 75%	5º procedimento 50%
2º procedimento 75%	4º procedimento 60%	

Observação: Os componentes Serviços Profissionais (S.P) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem remuneração de 100% de valores em todos os lançamentos.

Deverá ser emitida nova AIH quando realizados mais de 5 procedimentos no campo procedimentos especiais.

No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento pela mesma via de acesso, no mesmo ato anestésico - será solicitado somente o procedimento de maior valor, não caracterizando cobrança de CIRURGIA MÚLTIPLA.

EXEMPLO: Se forem realizadas Vagotomia Super Seletiva e Colectomia, num mesmo tempo operatório, a AIH deverá ser emitida com o código do procedimento de maior valor. No Campo Serviços Profissionais deverão ser lançados os códigos correspondentes a todos os atos médicos realizados.

5.7.4.4. TRATAMENTO DE AIDS

Este procedimento somente será autorizado para hospitais previamente habilitados. Na internação de pacientes com AIDS, deverão ser lançados na AIH como procedimento solicitado e realizado o código 70.000.00.0.

No campo procedimentos especiais deverão ser lançados em ordem decrescente de complexidade e valores, até 04 procedimentos médicos realizados, constantes na Tabela para tratamento da AIDS, cujos grupos são:

Grupo	Código Procedimento / Descrição	Diagnósticos
70.100.01.2	70300011- Afecções do Sistema Nervoso - AIDS (Pediatría) 70500010 - Afecções do Sistema Nervoso - AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de síndrome neurológica indiferenciada; ➤ Toxoplasmose cerebral; ➤ Meningite criptococcica; ➤ Linfoma; ➤ Neuropatia periférica.
70.100.02.0	70300020- Afecções do Sistema Respiratório - AIDS (Pediatría) 70500029 - Afecções do Sistema Respiratório - AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de Pneumonia por P. Carinii; ➤ Tuberculose Pulmonar; ➤ Pneumonia intersticial indiferenciada.
70.100.03.9	70300038- Afecções Disseminadas - AIDS (Pediatría) 70500037 - Afecções Disseminadas- AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento de casos de Tuberculose disseminada; ➤ Outras micobacterioses disseminadas; ➤ Histoplasmose; ➤ Salmonela septicêmica; ➤ Sarcoma de Kaposi; ➤ Linfomas não Hodgkin.

Grupo	Código Procedimento / Descrição	Diagnósticos
70.100.04.7	70300046- Afecções do Aparelho Digestivo - AIDS (Pediatria)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de citomegalovirus esofagiano; ➤ Herpes simples esofagiano; ➤ <u>Cândida sp</u> esofagiana; ➤ Síndrome diarréica; ➤ Colites, lesões ano retais.
	70500045 - Afecções do Aparelho Digestivo- AIDS (Clínica Médica)	

Os componentes serviços hospitalares serão remunerados em percentual decrescente de complexidade e valores, conforme tabela a seguir:

1º procedimento 100%	3º procedimento 75%
2º procedimento 100%	4º procedimento 75%

Observação: Os componentes Serviços Profissionais (SP) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem remuneração de 100% de valores em todos os procedimentos lançados no Campo Médico Auditor.

A cobrança da AIH deverá ser apresentada nas especialidades Clínica Médica ou Pediatria, conforme o caso.

5.7.4.5. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, COMPONENTES ESPECIAIS E DIÁRIAS.

5.7.4.5.1. DIÁRIAS DE UTI/ CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

As Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos humanos e adequação da área física são classificadas como: TIPO I, TIPO II E TIPO III.

UTI TIPO I - Campo Médico Auditor

São as cadastradas de acordo com a IN/INAMPS 01/91.

As diárias de UTI apresentam dois valores: um para os 03 primeiros dias e outro para os dias subsequentes.

O laudo médico solicitando internação em UTI é autorizado pelo Diretor Geral ou Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste, e permitirá até 03 dias de permanência.

Para cobrança de mais de 03 diárias será necessária justificativa do Médico Assistente no verso do laudo médico para autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico ou do Gestor do SUS, a critério deste.

O limite máximo para cobrança de UTI é de 59 diárias por AIH. Caso seja necessária maior permanência deve-se solicitar emissão de nova AIH.

UTI TIPOS II E III - ESPECIALIZADAS - Campo Serviços Profissionais

O lançamento deverá ser efetuado no Campo Serviços Profissionais da AIH, utilizando-se de uma a três linhas, conforme abaixo discriminado:

Tipo	CNPJ/C PF	Ato Profissional	Tipo de Ato	Quant. Ato	Data do Ato
18	CNPJ da unidade	Preencher códigos de UTI especializada conforme tabela	21	Preencher com o No. de diárias utilizadas no mês inicial, anterior e alta, conforme o caso	Em caso de UTI Neo-Natal preencher com 6 dígitos:

1º Dígito à esquerda	Os quadro dígitos seguintes	Sexto dígito
1 - se alta da UTI 2 - se óbito na UTI 3 - se transferência para outra UTI	PESO AO NASCER	Número de meses da gestação

Exemplo com alta da UTI, com peso de nascimento de 2.850 gramas e nove meses de gestação: 1-2850-9

No valor das diárias de UTI estão incluídas as utilizações de toda a aparelhagem própria da UTI, equipes técnicas e exames sob monitoração.

Não será permitida a cobrança de diárias de UTI em Epilepsia I e II, Transplante de Fígado, Coração, Pulmão, Medula Óssea, Pâncreas, Rim e Pâncreas, Retransplante, Psiquiatria, Psiquiatria Hospital-Dia, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Tratamento Ortodôntico em Lesões Lábio-Palatais, Implante Osteointegrado Extra Oral, Cirurgia do Ouvido IV, Atendimento Inicial de Grande Queimado, Grande Queimado – Hospital Geral, Pequeno e Médio Queimado em Hospital Geral.

Nas AIH de Transplante Renal e Retransplante de Rim receptor, poderão ser cobrados os valores referentes à Diária de UTI, Diária de Acompanhante, Hemoterapia, Ciclosporina, Dosagem de Ciclosporina, Orteses, Próteses, Materiais Especiais e demais procedimentos especiais (conforme PT/SAS 294/99).

A diária de UTI do dia da alta só será paga em caso de óbito, transferência, reoperação e nos procedimentos dos grupos:

Código	Especificação	Código	Especificação
76.100.09.0	Insuficiência Respiratória	77.100.05.0	Transtornos Cardíacos do Ritmo de Condução
77.100.06.9	Emergência Hipertensiva	77.100.08.5	Angina Instável
81.100.08.6	Epilepsia	89.100.01.8	Intoxicações Exógenas e Envenenamentos
82.100.03.9	Diabetes	90.100.01.8	Acidentes por Agentes Químicos, Físicos, Mecânicos e Biológicos.

As diárias de UTI não são computadas para fins de contagem de permanência a maior.

O laudo de solicitação de internação em UTI deverá estar arquivado juntamente com a respectiva AIH.

A unidade intermediária (observação) não será considerada como UTI.

O limite máximo para cobrança de UTI I, II e III e Cuidados Intermediários é de 59 diárias por AIH. Após esse limite, havendo necessidade deverá ser solicitada nova AIH.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

É A Unidade destinada ao atendimento do Recém Nascido nas seguintes situações:

- Após alta da UTI e necessite de observação nas primeiras 24 horas
- Com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica
- Necessite de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição.
- Fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão
- Necessite realizar exsanguineotransfusão
- Com peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas.
- Submetido a cirurgia de médio porte, estável.

As diárias de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal são lançadas no campo serviços profissionais da AIH da seguinte forma:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo de Ato	Quant. Ato	Data do Ato
20	CNPJ da unidade	Preencher códigos dos procedimentos conf. Tabela	34	Preencher com o No. de diárias utilizadas no mês inicial, anterior e alta, conforme o caso	Preencher com 6 dígitos

1º Dígito à esquerda	Os quadro dígitos seguintes	Sexto dígito
4 se alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	PESO AO NASCER	Número de meses da gestação
5 se óbito na Unidade de Cuidados Intemediários Neonatal		
6 se transferência para outra UTI		

O limite de diárias de cuidados intermediários neonatal é de 59 por AIH.

A AIH será rejeitada se o número de diária lançada no campo quantidade de ato ultrapassar 100% da taxa de ocupação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

5.7.4.5.2. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

É permitida a presença de acompanhante para maiores de 60 anos e em menores de 18 anos, sem restrições e, em casos especiais, até 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente e PT/MS/GM 280/99.

É permitida Diária de Acompanhante para maiores de 21 anos, nos casos em que o quadro clínico justifique.

A diária de acompanhante prevê acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições, sendo que a diária com pernoite inclui o fornecimento de 02 refeições, assim como de cama ao acompanhante. Já a diária sem pernoite inclui o fornecimento de uma refeição, assim como de uma poltrona ou cadeira ao acompanhante.

O Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste, deverá autorizar previamente a diária de acompanhante.

A diária de Acompanhante para Idoso deveser registrada no Campo Serviços Profissionais da AIH, conforme quadro abaixo:

Tipo	Ato Profissional	CNPJ	Tipo de Ato	Descrição
20	99.080.01.0	CNPJ HOSP.	34	Diária de Acompanhante para paciente idoso c/ pernoite
20	99.081.01.6	CNPJ HOSP.	34	Diária de Acompanhante para paciente idoso s/ pernoite

Diária de Acompanhante para menores de 18, e em casos especiais (até 21 anos conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente e PT/MS/GM 280/99 e maiores de 21 anos, nos casos em que o quadro clínico justifique), serão registradas no campo Procedimentos Especiais/Médico Auditor da AIH do Paciente.

5.7.4.5.3. DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE

A cobrança de Hemodiálise e Diálise Peritoneal será permitida em casos de Insuficiência Renal Aguda, em pacientes internados por essa situação clínica ou que apresentem como complicação de outra patologia de base.

O código CID de Insuficiência Renal, conforme o caso, deverá ser lançado no campo Diagnóstico Principal ou no do Diagnóstico Secundário.

Somente será permitida a cobrança de, no máximo, 15 sessões de Diálise Peritoneal ou Hemodiálise por AIH.

A realização do procedimento dialítico em Unidade de Terapia Intensiva só poderá ocorrer quando a situação clínica do paciente exigir sua permanência nessa Unidade. Dentro do limite estabelecido no item anterior será permitida a cobrança de uma sessão/dia de Hemodiálise ou Diálise Peritoneal.

A cobrança deverá ser efetuada no campo Serviços Profissionais, a partir da competência outubro/2002 necessitando haver autorização do Diretor Clínico ou do Órgão Gestor, a critério deste, devendo ser lançado da seguinte forma:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Descrição	Tipo Ato	Quant.
37	CNPJ Estabelecimento	99042010	Hemodiálise para Pacientes Renais Agudos	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042029	Diálise Peritoneal para Pacientes Renais Agudos	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042037	Hemoperfusão	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042045	Ultrafiltração Contínua	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042053	Hemodiálise Contínua	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042061	Hemofiltração Contínua	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042070	Hedifiltração Contínua	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042088	Hemofiltração	47	15
37	CNPJ Estabelecimento	99042096	Diálise Peritoneal Contínua	47	15

5.7.4.5.4. TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

O exame Tomografia Computadorizada de Crânio e Coluna poderá ser cobrado utilizando-se os códigos da Tabela SIH-SUS: 97.013.01.3 (um exame) ou 97.013.02.1 (dois exames). Não é permitida a cobrança dos dois códigos na mesma AIH.

As Tomografias de Crânio e Coluna em serviços credenciados para Alta Complexidade em Neurocirurgia são limitados em 03 por AIH. Os demais exames tomográficos deverão ser cobrados uma única vez.

A cobrança deverá ser efetuada da seguinte forma:

Lançar no campo Procedimentos Especiais quando se tratar de hospitais não credenciados em alta Complexidade em Neurocirurgia.

Lançar no campo Serviços Profissionais quando se tratar de hospitais credenciados em Alta Complexidade em Neurocirurgia.

Em ambos os casos são necessários a autorização do Diretor Geral, Diretor Clínico ou do órgão Gestor, a critério deste.

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, cobrados através de AIH, não podendo ser autorizados e cobrados através do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde).

5.7.4.5.5. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

O exame Ressonância Magnética de Crânio poderá ser lançado quando realizado em Serviço credenciado em Alta Complexidade de Neurocirurgia poderá ser cobrado utilizando-se o código da Tabela SIH-SUS: 97.221.00.7, com limite de 03 por AIH.

O exame Ressonância Magnética de Coluna Cervical, Torácica ou Lombo-Sacra, realizado em Serviço credenciado em Alta Complexidade de Neurocirurgia, poderá ser cobrado utilizando-se o código da Tabela SIH-SUS: 97.222.00.3, com limite de 02 por AIH.

O procedimento 97.019.00-3 – Ressonância Magnética, está limitado a um procedimento por AIH, devendo ser cobrado no campo procedimentos especiais e somente poderá ser realizado nas seguintes patologias/procedimentos: Afecções do Sistema Nervoso – AIDS (70.500.01-0 e 70.300.01-1); Doenças Heredo-generativas (81.500.12-0); Doenças Neuromusculares hereditárias (81.500.13-0); Esclerose (81.500.04-1); epilepsias (81.500.07-6 e 81.300.04-2); Processos Toxi-infecciosos do cérebro e medula (81.500.14-9 e 81.300.14-0); e AVC (81.500.10-6).

O procedimento 97.020.00-1 - Colangioressonância Magnética está limitado a um procedimento por AIH, devendo ser cobrado no campo procedimentos especiais e somente poderá ser realizado na avaliação dos tumores de vias biliares (85.300.83-7 e 85.500.87-9).

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, cobrados através de AIH, não podendo ser autorizados e cobrados através do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde).

5.7.4.5.6. FATORES DE COAGULAÇÃO

Estão autorizados somente nos casos cirúrgicos e/ou traumatismos graves, em hemofílicos A e B. No campo diagnóstico principal deve constar obrigatoriamente o código CID da patologia que determinou a internação ou agudizou o quadro e no campo diagnóstico secundário lançar o código correspondente a Deficiência de Fator VIII ou Fator IX.

Em casos de hemofilia, poderão ser utilizados os fatores de coagulação fator VIII e IX ou complexo deste. Após prévia autorização do Diretor Geral ou Diretor Clínico ou do Órgão Gestor, a critério deste, estes medicamentos poderão ser cobrados no Campo Procedimentos Especiais, com exceção do crioprecipitado fator VIII que deverá ser cobrado no campo Serviços Profissionais, conforme Portaria do Ministério da Saúde 105 de 30/07/91 e RDC ANVISA 23/02, 24/01/2002 que aprova regulamento técnico para indicação:

- Repor fibrinogênio em pacientes com hemorragia e déficits isolados congênitos ou adquiridos de fibrinogênio, quando não se dispuser do concentrado de fibrinogênio industrial;
- Repor fibrinogênio em pacientes com coagulação intra-vascular disseminada – CIVD e graves hipofibrinogenemias;
- Repor Fator XIII em pacientes com hemorragias por déficits deste fator, só quando não se dispuser do concentrado de Fator XIII industrial;
- Repor Fator de von Willebrand em pacientes portadores da doença de von Willebrand que não têm indicação de DDAVP ou não respondem ao uso do DDA VP, apenas quando não se dispuser de concentrados de fator de von Willebrand ou de concentrados de Fator VIII ricos em multímeros de von willebrand;
- Compôr a fórmula da cola de fibrina autóloga para uso tópico.

EXEMPLO: Diagnóstico principal - fratura de rádio.

Diagnóstico secundário - Deficiência fator VIII.

5.7.4.5.7. NUTRIÇÃO PARENTERAL

Só será admitida a realização de suporte nutricional em pacientes que estejam em regime de internação.

A indicação e a manutenção do paciente com suporte nutricional deverá ser previamente autorizada pelo Diretor Geral, Diretor Clínico do Hospital, ou Órgão Gestor, a critério deste, de acordo com programa elaborado pelo responsável do suporte nutricional.

A nutrição parenteral deverá ser cobrada, lançando-se o código correspondente no Campo Procedimentos Especiais, dentro do limite de apenas uma (01) nutrição para cada dia de internação, até no máximo de 90 por AIH.

A renovação deverá ser solicitada a cada três dias.

Os códigos de Nutrição Parenteral estão relacionados em tabela própria havendo um código para clínica médica e outro para clínica pediátrica.

5.7.4.5.7.1. NUTRIÇÃO ENTERAL

Só será admitida a realização de suporte enteral por serviços habilitados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Somente Unidades previamente habilitadas pela SAS/MS poderão efetuar cobrança da nutrição enteral.

A indicação e a manutenção do suporte enteral será preferencialmente para pacientes distróficos, portadores de disfunções orgânicas, infecções, doenças oncológicas, cirúrgicas, transplantados e RN de baixo peso.

A cobrança da nutrição enteral se dará mediante lançamento no campo serviços profissionais da seguinte forma:

TIPO	CNPJ	ATO PROFISSIONAL	TIPO ATO	QUANT. ATO
26 – Pessoa Jurídica	CNPJ	98.300.01-6 ou 98.500.01-5	38	Qte. utilizada, sendo o limite de 31 diárias.

5.7.4.5.8. CICLOSPORINA

O medicamento Ciclosporina injetável e Solução Oral, será pago somente nos procedimentos Transplante Renal, Intercorrência Pós Transplante Rim, Fígado, Pulmão, Coração e Medula Óssea e Transplante de Medula Óssea. Nos demais transplantes de órgãos o valor deste medicamento está incluído no Componente "Serviço Hospitalar".

O limite máximo de utilização de Ciclosporina por AIH é de:

Ciclosporina injetável 10 caixas (cada caixa c/ 10 ampolas de 1ml) ou

Ciclosporina Solução Oral 05 frascos (cada frasco c/ 100 ml.).

5.7.4.5.9. ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA E NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Quando um desses exames for necessário por intercorrência da patologia que motivou a internação, deverá ser justificado pelo médico assistente, autorizado pelo Diretor Geral, Diretor Clínico ou pelo Gestor do SUS, a critério deste.

Em qualquer outra circunstância, esses exames deverão ser realizados ambulatorialmente.

O limite de cobrança de cada procedimento está definido no Anexo II da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS e portarias específicas.

PT SAS/MS nº 216/2004 altera a redação dos procedimentos especiais a seguir descritos, e desvincula os honorários dos profissionais responsáveis pela sua execução, dos componentes Serviços Profissionais - SP das AIH dos procedimentos compatíveis.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO ATUAL
97.001.05-8	Cateterismo Cardíaco Pediátrico
97.004.05-7	Cateterismo Cardíaco

Será necessário o registro desses procedimentos no campo Serviços Profissionais da AIH para pagamento dos honorários profissionais e no campo Médicos Auditor (Procedimentos Especiais) para remuneração do componente SH – Serviço Hospitalar.

No campo Serviços Profissionais deverão ser registrados da seguinte forma:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Quant.
44	CPF Médico	97.001.05-8 ou 97.004.05-7	53	01
46	CNPJ	97.001.05-8 ou 97.004.05-7	53	01

Incluídos na tabela do SIH/SUS os procedimentos especiais a seguir especificados (PT SAS/MS 210 Anexos III, e PT SAS nº 214 e 215/04) deverão ser cobrados no campo Médico Auditor, EXCETO os procedimentos de Cintilografia..

97.021.00-8 - Cateterismo de Veia Central por Punção
97.022.00-4 - Cateterismo por Flebotomia ou Arteriotomia
97.023.00-0 - Acesso para Hemodiálise com Implante de Cateter de Duplo Lumem na IRA
97.024.00-7 - Colocação de Balão Intraaórtico

97.025.00-3 - Instalação de Cateter de Termodiluição
97.026.00-0 - Ultra-sonografia Doppler colorido de vasos (até 3 vasos)
97.027.00-6 – Ecocardiografia Bi-Dimensional com ou sem Doppler
97.028.00-2 - Ecocardiografia de Estresse
97.029.00-9 - Ecocardiografia Transesofágica
97.030.00-7 - Ecocardiografia Transesofágica Transoperatório
97.031.00-3 - Arteriografia para Investigação Hemorragia Cerebral
97.032.00-0 - Arteriografia para Investigação Isquemia Cerebral
97.033.00-6 - Arteriografia para Investigação da Doença Aterosclerótica Aorto Ilíaca e Distal
97.034.00-2 – Cintilografia do miocárdio/necrose (mínimo 3 projeções)
97.035.00-9 - Cintilografia sincronizada Câmaras Cardíacas –repouso (ventriculografia)
97.036.00-5 – Cintilografia para Quantificação de "shunt" extracardíaco
97.037.00-0 - Cintilografia para Avaliação de fluxo sanguíneo das extremidades
97.038.00-8 - Cintilografia sincronizada câmaras cardíacas – esforço
97.039.00-4 - Cintilografia do Miocárdio/Perfusão – estresse (mínimo 03 projeções)
97.040.00-2 - Cintilografia do Miocárdio/Perfusão – repouso (mínimo 03 projeções)
99.051.00-1 - Instalação de cateter de Tenckhoff ou similar de longa permanência na IRA
97.041.00-9 - Troca de Cateter de Duplo Lúmen na IRA

Ecocardiografia de Estresse – código 97.028.00-2, as principais indicações para realização deste procedimento em portadores de doença cardiovascular, estão especificadas na portaria SAS/MS nº 215 de 15 de junho de 2004.

Procedimentos Especiais de Cintilografia deverão ser registrados no campo Serviços Profissionais das AIH dos procedimentos compatíveis, da seguinte forma:

Tipo	CNPJ	Ato Profissional				Tipo Ato	Quant.
47	CNPJ (SADT Cardiovascular Próprio)	97.034.00-2 97.036.00-5 97.038.00-8 97.040.00-2.	ou	97.035.00-9 97.037.00-0 97.039.00-4	ou	54	01
48	CNPJ (SADT Cardiovascular Terceiro)	97.034.00-2 97.036.00-5 97.038.00-8 97.040.00-2.	ou	97.035.00-9 97.0037.00-0 97.039.00-4	ou	54	01

Os procedimentos especiais seguir relacionados são excludentes entre si (PT/SAS/MS 218/2004):

Código	Descrição
97.001.00-7	Angiografia Cerebral Unilateral
97.001.05-8	Cateterismo Cardíaco Pediátrico
97.002.00-3	Angiografia Cerebral Bilateral
97.003.00-0	Arteriografias Seletivas
97.004.00-6	Arteriografia dos Membros
97.004.05-7	Cateterismo Cardíaco

Código	Descrição
97.005.00-2	Arteriografia de Carotida Unilateral
97.006.00-9	Arteriografia de Carotida Bilateral
97.007.00-5	Arteriografia Vertebral
97.008.00-1	Arteriografia Cervico-Toracica
97.011.00-2	Aortografia
97.012.00-9	Esplenoportografia
97.031.00-3	Arteriografia para Investigação Hemorragia Cerebral
97.032.00-0	Arteriografia para Investigação Isquemia Cerebral
97.033.00-6	Arteriografia para Investigação da Doença Aterosclerótica Aorto Ilíaca e Distal

Os procedimentos especiais 97.023.00-0, 99.051.00-1, 97.004.05-7, 97.001.05-8, 97.028.00-2; 97.029.00-9, 97.027.00-6, 97.026.00-0, são compatíveis com os seguintes procedimentos (PT SAS/MS 214, 215 e 218/2004):

Proc.Especial	Procedimentos compatíveis
97.001.05-8	77.300.05-0
97.004.05-7	77.500.02-4; 77.500.11-3; 77.500.03-2.
97.023.00-0	74300.26-1, 74.500.24-4, 80.300.05-7, 80.500.05-6
97.026.00-0	48.020.18-4; 48.020.20-6, 48.020.21-4, 48.020.22-2, 48.020.23-0; 48.020.24-9; 48.020.25-7; 48.020.26-5; 48.020.27-3; 48.020.28-1, 48.020.29-0; 48.020.40-0; 48.020.41-9; 48.020.42-7; 77.500.10-5; 77.500.20-2
97.027.00-6	77.500.02-4; 77.500.03-2. 77.500.11-3; 77.500.19-9; 48.010.07-3; 48.010.08-1; 48.010.09-0; 48.010.10-3; 48.010.11-1
97.028.00-2	77.500.02-4; 77.500.03-2; 77.500.11-3. 77.500.19-9; 48.010.07-3; 48.010.08-1; 48.010.09-0; 48.010.10-3; 48.010.11-1
97.029.00-9	77.300.03-3; 77.500.06-7; 77.300.13-0; 77.300.10-6; 77.500.10-5
99.051.00-1	74.300.26-1, 74.500.24-4, 80.300.05-7, 80.500.05-6

5.7.4.5.10. PERMANÊNCIA A MAIOR

Poderá ser cobrada nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da permanência prevista na Tabela de Procedimentos. Neste caso o 3º segmento do código de permanência à maior, será o quantitativo de dias que o paciente permaneceu internado além do dobro de dias previstos na Tabela.

- Formula para calcular a Permanência a Maior: **PM = Di – (Pm X 2) – DiUTI**

PM = Permanência à maior

Di = Dias de internação

Pm = Permanência média prevista na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS

DiUTI = Diárias de UTI

Não será permitida a cobrança de Permanência a Maior quando o procedimento for:

Biópsias	Internação em Psiquiatria
Busca Ativa de Doador de Órgão	Internação para Tratamentos Radioterápico e/ou Quimioterápico
Transplante de Coração e Fígado, Medula Óssea, Simultâneo, Pâncreas e Rim	Punções
Cuidados Prolongados	Transplante e Retransplante de Pulmão
Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento	Tratamentos em Hospital Dia
Epilepsia I e II	Tratamento em Reabilitação
Intercorrências Pós Transplante	UTI
Internação Domiciliar coronarioplastia	Biópsia Endomiocárdica

Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS (exceção), Procedimentos Sequenciais Neurocirurgia, Sequenciais de Coluna em Ortopedia Cirurgia Plástica corretiva pós Gastroplastia e Cirurgia Múltipla em Lesões Lábio Palatais, para fins de cálculo de permanência usa-se, como parâmetro, a permanência do procedimento de maior tempo, lançado no campo Procedimentos Especiais.

Os códigos de Permanência a Maior serão utilizados para adultos, crianças.

A cobrança de SADT e Serviços Profissionais devem ser lançadas normalmente na AIH.

O Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste, deverá autorizar, previamente, a Permanência a Maior no Laudo Médico para Procedimentos Especiais.

5.7.4.5.11. QUIMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA

A quimioterapia deverá ser realizada em regime ambulatorial. Quando não houver possibilidade de sua realização em regime ambulatorial, a internação será autorizada, após justificativa técnica do médico assistente. Esses procedimentos somente poderão ser autorizados pelo gestor, ou a critério deste, para serem realizados em hospitais previamente acreditados para alta complexidade em câncer.

Durante a internação do paciente para tratamento oncológico, será mantido o pagamento da quimioterapia por meio de APAC à exceção do grupo 79.100.16.3 – Tratamento Quimioterápico de Tumores Malignos onde os valores da quimioterapia estão incluídos nos serviços hospitalares. (79.700.85-3 e 79.700.86-1)

Os procedimentos 85.300.82.9 e 85.500.83.6 - Internação para radioterapia externa (Cobaltoterapia ou Acelerador Linear) poderão ser utilizados por hospitais credenciados ou não para alta complexidade – proc. radioterápico deve ser cobrado via APAC.

Os procedimentos 79.700.89-6 e 79.700.90-0 – Grupo 79.100.19-8 não tem quantidade incluída.

A validade da AIH para internação deste procedimento será de 30 dias/mês. O quantitativo de diárias utilizadas no mês deverá ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais, para fins de pagamento.

Os procedimentos 85.300.83.7 e 85.500.87.9 - Intercorrências Clínicas de Pacientes Oncológicos, poderão ser utilizados por hospitais credenciados ou não para alta complexidade, devendo ser lançado como CID principal a neoplasia e como CID secundário o da patologia que gerou a internação.

5.7.4.5.12. EXOSANGÜINEOTRANSFUSÃO

Poderá ser realizada em casos de icterícia neonatal ou sepsis em pediatria, após autorização do Diretor Clínico ou Gestor, a critério deste, e será cobrada no Campo Procedimentos Especiais da AIH, com código específico correspondente ao número de atos realizados, no máximo de cinco, utilizando os códigos a seguir conforme quantidade:

Quantidade	Código do Procedimento	Quantidade	Código do Procedimento
1	99.060.01.9	4	99.060.04.3
2	99.060.02.7	5	99.060.05.1
3	99.060.03.5		

O valor pago para exosanguineotransfusão é correspondente aos atos profissionais do procedimento. Os valores dos módulos pré transfusional e transfusional devem ser lançados no Campo Serviços Profissionais.

O pagamento da Exosanguineotransfusão é efetuado diretamente ao hospital, portanto não cabe cobrança para pessoa física no campo Serviços Profissionais.

5.7.4.5.13. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO: Diária de Recém-Nato

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN com icterícia fisiológica, potencialmente infectado ou filho de mãe diabética, deverá ser solicitada a diária de RN e lançada na AIH da mãe.

Somente será concedida a diária de RN 48 horas após o nascimento.

É obrigatório lançar na AIH da mãe no campo diagnóstico secundário a CID-10 de (icterícia fisiológica, potencialmente infectada ou filho de mãe diabética).

Códigos (CID) que devem ser usados:

P59. 9 RN com Icterícia Fisiológica	P39. 9 RN Potencialmente Infectado	P70. 1 RN de Mãe Diabética
--	---	-----------------------------------

A data da alta a ser lançada na AIH será a da alta do RN.

Em casos de necessidade de internação em UTI, Cirurgia Imediata e/ou outras patologias, que não as citadas no item E.13.1., que necessitem de assistência hospitalar, a Unidade solicitará AIH para o RN, a partir da data em que houver a indicação.

Em caso de alta da mãe e necessidade de continuidade de internação do recém nascido deverá ser aberta AIH para o recém nascido, devendo constar o número da AIH da mãe no campo AIH anterior e no campo AIH posterior da AIH da mãe o número da AIH do recém nascido.

O primeiro atendimento do pediatra no berçário, não entra no rateio de pontos e deverá ser cobrado no código 95.004.01-7, sendo permitido até duas consultas por AIH no caso de Parto Gemelar. Este procedimento é exclusivo para os médicos especialistas em pediatria/neonatologia.

5.7.4.5.14. CIRURGIA MÚLTIPLA EM PACIENTES COM LESÕES LÁBIO-PALATAIS

A cobrança de Cirurgia Múltipla em pacientes com lesões lábio palatais, será permitida somente por hospitais previamente autorizados. Este procedimento será solicitado com a finalidade de complementar a correção da lesão. Para a caracterização do procedimento como cirurgia múltipla em pacientes com lesões lábio palatais deverá ser lançado no Campo Procedimentos Especiais, pelo menos, um dos procedimentos do Grupo abaixo relacionados:

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
33.101.05.1	Cirurgia da boca e face V	33.101.06.0	Cirurgia da Boca e Face VI
33.101.07.8	Cirurgia da Boca e face VII	37.101.04.8	Cirurgia do Ouvido IV
37.102.04.4	Cirurgia do Nariz IV		

Deverá ser lançado com Procedimento Realizado e Procedimento Solicitado o Código 33.000.00.0.

Serão admitidos até 05 procedimentos no Campo procedimentos Especiais da AIH.

O componente Serviço Hospitalar será remunerado em percentuais decrescentes de valores, na ordem em que foram lançados, conforme tabela abaixo:

1º Procedimento – 100%	3º Procedimento – 75%	5º Procedimento – 50%
2º Procedimento – 75%	4º Procedimento – 60%	

Os componentes Serviços Profissionais (S. P) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem remuneração de 100% de valores em todos os lançamentos.

5.7.4.5.15. ALBUMINA HUMANA

O lançamento deve ser feito no campo médico auditor. O código a ser utilizado é 99.037.01-X sendo permitido a cobrança até 99 frascos.

A PT SAS/MS 247, de 14/07/2000 estabelece padrões de referencia para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS.

Descrição: A Albumina Humana de origem plasmática é uma solução protéica, estéril e apirogenica, obtida por fracionamento de plasma ou soro humano e que corresponde eletroforéticamente à fração albumina do plasma.

Indicações:

I – choque: séptico; hipovolemico associado a hipoalbuminemia grave
II – doença hepática: crônica associada a hipoalbuminemia grave; ascite nãoresponsiva ao tratamento clássico; insuficiência hepática aguda.
III – síndrome nefrótica associada a: edema refratário aos diuréticos e associados à oligúria; edema genital associado não responsivo a terapêutica clássica.
IV – dermatites esfoliativas generalizadas;
V – diálise associada à hipoalbuminemia;
VI – fistulas liquóricas ou derivação ventricular externa;
VII – hipoalbuminemia grave;
VIII – peritonite com drenagem externa;
IX – plasmaferese e exsanguíneo-transfusão parcial;
X – queimaduras;
XI – transplante hepático;
XII – hemorragia meníngea espontânea;
XIII – pré eclâmpsia grave;
XIV – enteropatia com perda de proteína;
XV – reposição volêmica com indicação de colóide;
XVI – mediastinite;
XVII – cirurgias externas de abdômen;
XVIII – bypass cardiopulmonar com hemodiluição;
XIX – insuficiência cardíaca.

5.7.5. CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Neste campo são lançadas as cobranças de:

A - Consultas e Atos Médicos;

B - Atendimento ao RN em sala de parto;

C – Hemoterapia;

D – Fisioterapia;

E – Radiologia;

F – Endoscopia;

G - Punções, Tratamento Conservador em fraturas;

H – Anestesia;

I - Órteses, Próteses e Materiais Especiais;

J - Outros SADT;

L – Procedimentos Especiais de Alta Complexidade;

M – Outros Procedimentos e diárias especiais especificados no item 5.7.4 como exceção de registro no campo Médico auditor.;

5.7.5.1. CONSULTA MÉDICA

No atendimento clínico deverá ser cobrado o código de consulta médica, 25.001.01.9. Deve-se cobrar um ato para cada dia de internação. Nos casos em que o paciente necessite de avaliação por outro especialista, deve-se cobrar um ato 25.001.01.9, para cada parecer emitido. Excetuam-se os Procedimentos dos grupos:

63.100.03.7 – Hosp. Psiquiatria III	63.100.01.0 Hospital Dia
76.100.01.4 - Afecções respiratórias da criança com idade inferior a 1 ano	74.100.01.7 - Enteroinfecções abaixo de 1 ano
63.100.04.5- Internação em Psiquiatria IV	32.004.02.8 – Perfusionista
85.100.12.9 – Internação Domiciliar	91.140.01.3 - Hospital Dia AIDS
91.100.08.9 Hospital Dia Geriátrico I	91.100.09.7 - Hospital Dia Geriátrico II
63.100.04.5 - Internação em Psiquiatria – Nível B	63.100.02.9 – Psiquiatria em Hospital Geral
63.100.06.1 - Internação em Psiquiatria – RPH	

Nesses casos, deverá ser lançado o código do procedimento para a cobrança dos atos médicos realizados. No caso de Procedimentos Cirúrgicos deve ser lançado o código do procedimento realizado.

Os valores pagos aos auxílios cirúrgicos correspondem a 30% da quantidade de pontos do cirurgião para o 1º auxiliar e 20% para os demais auxiliares.

Quando a consulta médica for seguida de um ato médico, só será pago o referido procedimento médico.

O primeiro atendimento, que inclua ato cirúrgico, implicará somente no pagamento desse ato, nele ficando incluído o valor da consulta ou qualquer outro ato relacionado com a seqüência desse atendimento.

Toda consulta médica/atendimento que gerar internação, deverá ser cobrada somente na AIH.

5.7.5.2. ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO

O Atendimento ao RN na Sala de Parto consiste na assistência ao RN pelo neonatologista ou pediatra, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja entregue aos cuidados da equipe profissional do berçário/alojamento conjunto.

Para efetuar a cobrança deste procedimento o hospital/maternidade deverá ter pediatra/neonatologista no seu corpo clínico e se adequar a Portaria MS/SAS Nº 096, de 14/06/94 e dispondo de:

mesa de reanimação, com fonte de calor radiante; fonte de oxigênio puro; máscara facial e bolsa para ressuscitação; aspirador de secreções; medicação apropriada para os casos de insuficiência cardio-respiratória neonatal.

O código **95.001.01-8 – Atendimento ao RN na Sala de Parto** é desvinculado dos componentes Serviços Profissionais, não entrando no rateio de pontos do hospital e somente poderá ser cobrado, em AIH onde o procedimento realizado seja um dos procedimentos

abaixo, conforme PT GM/MS Nº 572, de 01/06/2000, publicada no DOU Nº 110, de 08/06/2000, republicada no DOU Nº 219, de 14/11/2000:

Código	Descrição	Código	Descrição
35.001.01.1	Parto Normal	35.026.01.4	Cesariana – Exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança
35.006.01.3	Parto com Manobras	35.082.01.0	Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores
35.007.01.0	Parto com Eclampsia	35.084.01.4	Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, em Hospitais Amigos da Criança.
35.009.01.2	Cesariana	35.086.01.7	Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal
35.025.01.8	Parto Normal em Hospital Amigo da Criança		

A cobrança deverá ser efetuada da seguinte forma:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Quant.
06 ou	CPF Médico	95.001.01-8	20	01(parto único) ou 02 (gemelar)
16	CNPJ Hosp.	95.001.01-8	20	01(parto único) ou 02 (gemelar)

A partir de julho/2002 com a edição da PT GM/MS 1343/02 foi criado código específico para cobrança de pediatria na sala de parto para os procedimentos abaixo:

Código	Descrição	Código	Descrição
35.027.01.0	Parto Normal para Gestante de Alto Risco	35.028.01.7	Cesariana para Gestante de Alto Risco

A cobrança deverá ser efetuada através do código **95.002.02-2 Atendimento ao RN na Sala de Parto em Gestante de Alto Risco** da seguinte forma:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Quant.
06 ou	CPF Médico	95.002.02-2	20	01(parto único) ou 02 (gemelar)
16	CNPJ Hosp.	95.002.02-2	20	01(parto único) ou 02 (gemelar)

5.7.5.3. HEMOTERAPIA

De acordo com a PT/MS/GM 1376/93 o sangue só deve ser liberado para transfusão em pacientes, mediante solicitação por escrito ou prescrição do médico requisitante, com aposição da assinatura, nome legível e número do CRM local.

Quando da aplicação do sangue/hemocomponente, é aconselhável constar no prontuário uma caracterização deste ato, com o número da bolsa, tipo de hemocomponente, quantidade e nome do técnico responsável pela liberação, podendo ser feito por selo, carimbo, etc.

De acordo com a PT/SAS. /MS 163/93 a cobrança de Hemoterapia deverá ser efetuada da seguinte forma:

Tipo	CNPJ	Ato Prof.	Tipo Ato	Quant.
2	CNPJ do Prestador	Código Módulo transfusional ou pré-transfusional	12	Qtde. Efetuadas e permitidas por item

Só é permitido cobrança de hemoterapia para pessoa Jurídica.

A quantidade de módulos transfusionais não poderá ser superior a quantidade de módulos pré-transfusionais.

Os módulos coleta/processamento e sorologia são pagas somente pelo SIA/SUS.

5.7.5.4. FISIOTERAPIA

Os atos profissionais relativos a fisioterapia serão lançados somente no campo serviços profissionais da AIH.

O tipo de cobrança é 3 (SADT próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital).

O tipo de ato da fisioterapia é 11 e não comporta consulta clínica para o fisiatra.

5.7.5.5. RADIOLOGIA/ULTRA SONOGRAFIA

Os serviços radiológicos/ultra sonográficos serão cobrados como tipo 3 (SADT próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital).

O estudo radiológico será efetuado por procedimento de forma completa, ou seja, a quantidade de atos a ser cobrada deverá ser lançada na AIH de acordo com o número de exames realizados e não o número de incidência de cada exame.

O Tipo de Ato a ser lançado no campo Serviço Profissional é 16.

5.7.5.6. ENDOSCOPIAS

Para endoscopia digestiva, somente será permitido o cadastramento de profissionais possuidores de título de Especialista concedido pela SBED - Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.

O ato profissional será codificado como cirurgia (1).

As endoscopias são atos médicos que não geram AIH, portanto são cobradas em internações de outras patologias de base que se relacionem com o ato realizado, devendo ser lançadas no campo Serviços Profissionais.

As endoscopias fazem parte do grupo de procedimentos 45.100.01.2, sendo pagos somente os pontos do ato médico, não havendo valores adicionais.

5.7.5.7. PATOLOGIA CLÍNICA

Os exames de patologia clínica serão cobrados como tipo 3 (SADT próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital) e o tipo de Ato deverá ser 15.

5.7.5.8. ANATOMIA PATOLÓGICA

Os exames de anatomia patológica serão cobrados como tipo 3 (ADTt próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital) e o tipo de Ato deverá ser 08.

5.7.5.9. PUNÇÕES-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS - PROCEDIMENTOS DIVERSOS

Os procedimentos dos grupos: 45.100.02.0 -Punções, Biópsias, Esvaziamento, 45.100.04.7 - Procedimentos Diversos e 45.100.03.9 - Tratamento Conservador de Fraturas, não geram AIH e serão cobrados em AIH autorizada para outro procedimento.

Os pontos do profissional entram no rateio do corpo clínico.

5.7.5.10. ANESTESIA

Os atos anestésicos serão pagos calculando-se 30% do valor dos Serviços Profissionais, não entrando no rateio de pontos dos serviços profissionais, exceto o procedimento 45.000.05-0 que continua sendo remunerado por pontos (68 pontos)

Os honorários do anestesista se referem exclusivamente aos serviços do profissional. Os valores referentes a oxigênio, medicamentos e utilização de equipamentos, estão incluídos no componente Serviços Hospitalares.

O valor correspondente ao honorário médico na anestesia local está incluído nos honorários da equipe cirúrgica.

Quando for realizado ato anestésico em procedimento onde não é prevista anestesia, a cobrança dos honorários deverá ser lançada no Campo Serviços Profissionais utilizando-se o código 45.000.05.0.

ANALGESIA

O pagamento do anestesista será desvinculado mediante o lançamento dos códigos:

Nos procedimentos abaixo utilizar o **Código 95.003.01.0 – Analgesia I**

Códigos	Descrição	Códigos	Descrição	Códigos	Descrição
35001011	Parto Normal	35006013	Parto com Manobras	35025018	Parto Normal (H.A.C)
35007010	Parto com	35086017	Assistência ao Período	35080019	Parto Normal

	Eclampsia		Premonitório e ao Parto Normal s/ distócia em Centro de Parto Normal		sem distócia-real por enf.
--	-----------	--	--	--	----------------------------

95.005.01-3 – Analgesia II

Códigos	Descrição	Códigos	Descrição
35009012	Cesariana	35026014	Cesariana – exclusivamente p/ hospitais Amigos da Criança
35082011	Cesariana c/ Laq. Tubária em pac. com Cesarianas Sucessivas	35084014	Cesariana c/ Laq. Tubária em pac. Com Cesarianas Sucessivas

95.006.01-0 – Analgesia III

Códigos	Descrição	Códigos	Descrição
35027010	Parto Normal em Gestante Alto Risco	35028017	Cesariana em Gestante de Alto Risco
35085010	Cesariana c/ Laq. Tubária em pac. com Cesarianas Sucessivas		

O lançamento do código 95.003.01.0, 95.005.01-3 e 95.006.01-0 será efetuado no campo serviços profissionais da seguinte forma:

Tipo	Ato	Tipo de ato	Quantidade de ato
21(pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)	95.003.01.0 ou 95.005.01 3 ou 95.006.01-0	35	01

99.600.07-2 – Analgesia em Queimados em centros de referências.

O lançamento do código 99.600.07-2 será efetuado no campo serviços profissionais da seguinte forma:

Tipo	Ato	Tipo de ato	Quantidade de ato
28 (pessoa jurídica) ou 29 (pessoa física)	99.600.07- 2 *	39	01 até 05, conforme o caso

Somente permitido para Centros de Referência em Alta Complexidade e Cuidados Intermediários de Assistência aos Queimados. (PT 1274 de 22/11/00).

5.7.5.11. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - O.P.M.

Ressalvados os procedimentos de alta complexidade e/ou alto custo, os hospitais do SIH-SUS estão automaticamente cadastrados para o fornecimento de OPM e deverão observar a seguinte rotina no preenchimento da AIH:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Prof.	Tipo Ato	Quant. De Ato	Nota Fiscal
1	CNPJ do	Preencher com o	19	Preencher com a	Preencher com 6 últimos

	Hosp. ou fornecedor	código do produto utilizado		qtde de produtos utilizados	dígitos da NF ou do Doc. de Importação
--	---------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	--

Em caso de implantes de produtos radiopacos, é obrigatório o controle radiológico pré e pós-operatório, com a identificação do paciente.

Deverá ser observado o limite das quantidades estabelecidas para cada produto constante da tabela de OPM **e no caso de repetição do procedimento realizado no campo procedimentos especiais da AIH (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos seqüenciais em neurocirurgia, e seqüenciais de ortopedia), o sistema irá aceitar até o dobro da quantidade máxima permitida para cada produto.** A cobrança de produto cuja quantidade é expressa em cm², deverá ser efetuada em até 99 cm² e repetida quantas vezes forem necessárias até completar o montante utilizado, obedecidos aos limites da ROPM.

Os produtos constantes da ROPM só deverão ser usados quando comprovada, tecnicamente, sua efetiva necessidade.

Ao ser comprovada a indicação para uso desses materiais deverá ser emitida Comunicação de Uso contendo código, nome e quantidade do material, número da AIH, data da internação e nome do paciente, devendo ser arquivada no prontuário do paciente, assim como laudos, pareceres médicos que justifiquem a utilização.

Os hospitais deverão observar as restrições de uso para utilizar os produtos constantes da ROPM: Sob autorização prévia: (1), somente poderão ser utilizados após liberação pelo gestor, devendo em caso de urgência/emergência ser observado o prazo de 48 horas.

As órteses, próteses e materiais especiais, independente de sua origem para serem comercializadas tem que obrigatoriamente possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicado em Diário Oficial.

A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais, são de inteira responsabilidade dos hospitais, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

A PT SAS 483/99 estabelece que cessão de crédito em benefício dos fornecedores de OPM, somente poderá ser efetuada por estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, privados lucrativos e filantrópicos, incluindo os Hospitais Universitários Privados com fins lucrativos e sem Fins Lucrativos.

O registro do CNPJ do fornecedor deve ser lançado.

É vedada aos Hospitais Públicos, a cessão de crédito a terceiros de qualquer natureza.

A PT SAS 402/02, mantém a exclusão entre as seguintes próteses 933277129, 93327137, 93327170, 93481110 com os conjuntos de próteses 93327196 e 93327218, usados nos procedimentos de angioplastias coronarianas.

Mantém ainda a exclusão entre os conjuntos de prótese 93327196 e 933277218.

Os códigos de implantes de grupamentos, abaixo especificados, são excludentes entre si:

GRUPO A - 933323123, 93323131, 93323140, 93323158, 93323166, 93323174.

GRUPO B – 93324189, 93324197, 93324219, 93325053.

Portaria SAS/MS nº 218/2004: inclui na tabela de OPM do SIH/SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC), a seguir relacionados:

Cód. Material	Descrição do Material
93.329.23-7	Conjunto para Circulação Extracorpórea Adulto
93.329.02-4	Conjunto para Circulação Extracorpórea Pediátrico
93.329.03-2	Conjunto para Circulação Extracorpórea Neonatal

A utilização desses materiais será de acordo com a faixa etária do paciente, conforme a seguir especificado:

93.329.23-7 - Conjunto para Circulação Extracorpórea Adulto, utilizado nos procedimentos cuja faixa etária inclui pacientes acima de 12 anos de idade.

93.329.02-4 - Conjunto para Circulação Extracorpórea Pediátrico, utilizado nos procedimentos cuja faixa etária inclui pacientes de 30 dias a 12 anos de idade.

93.329.03-2 - Conjunto para Circulação Extracorpórea Neonatal, utilizado nos procedimentos cuja faixa etária inclui pacientes de Zero a 30 dias.

Os materiais 93.481.35-7 – Transdutor de Pressão e 93.481.24-1 – Sistema de Drenagem Mediastinal foram excluídos da tabela de OPM e seus valores incluídos ao valor dos Serviços Hospitalares, como material de consumo, em todos os procedimentos compatíveis, conforme relacionados na tabela de compatibilidade, versão 2.3.

Fica estabelecido que a utilização dos materiais códigos 93.481.25-0, 93.481.23-3 e 93329.19-9, constantes da tabela de OPM do SIH, será da seguinte formar:

93.481.25-0 - Conjunto Descartável de Balão Intra-Aórtico, não deverá exceder ao máximo de 20% (vinte por cento) da frequência total das cirurgias passíveis da sua utilização.

93.481.23-3 - Bomba Centrífuga Descartável para uso em CEC e/ou em Circulação Assistida, não deverá exceder ao máximo de 30% (trinta por cento) da frequência total de cirurgias que utilizam a circulação extracorpórea.

93.329.19-9 – Cateter de Acesso Central por Inserção Periférica (PICC), deverá ser utilizado exclusivamente na faixa etária do recém nascido, ou seja, de zero a 30 dias.

Os materiais (códigos) discriminados nos conjuntos a seguir, são excludentes entre si:

a- Tubos Valvados

93.324.21-9, 93.329.17-2, 93.329.18-0

b- Enxertos Tubulares

93.324.14-6, 93.324.18-9, 93.324.19-7, 93.324.20-0, 93.329.09-1

c- Patch de enxertia

93.329.05-9, 93.329.06-7, 93.329.07-5, 93.329.08-3

d- Próteses Valvares

93.323.14-0, 93.323.13-1, 93.329.15-6, 93.323.15-8, 93.323.16-6, 93.323.17-4

e- Cateteres Acesso Central

93.481.11-0, 93.329.16-4, 93.329.19-9

5.7.5.12. ACIDENTE DE TRABALHO

5.7.5.12.1. NOTIFICAÇÃO DE CAUSAS EXTERNAS E DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO (PT GM/MS 1969/2001 de 25/10/2001 e PT SAS/MS 579/2001 de 20/12/2001)

É obrigatório o preenchimento dos campos CID Principal e CID Secundário, nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na AIH, de acordo com o CID 10^o revisão;

O registro de causas externas e de agravos à saúde relacionados ao trabalho, deverá ser detalhado no Laudo Médico para emissão de AIH;

Cria Tabela de Compatibilidade de Procedimentos com Causas Externas;

Torna obrigatório nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho o preenchimento na AIH dos seguintes campos:

- Ocupação: Informar o código da Classificação Brasileira de Ocupações Resumida – CBO-R
- Classificação Nacional de Atividades Econômicas Resumida – CNAE-R
- CNPJ da empresa
- Vínculo com a Previdência (atividade autônoma, desempregado, aposentado ou não segurado, empregado, empregador)

O responsável técnico pela Unidade de atendimento hospitalar que prestou assistência ao paciente, é responsável pela emissão da notificação, por escrito, ao responsável técnico pela saúde do trabalhador do município, o qual deverá comunicar à Vigilância Epidemiológica.

Cria o código **99.083.01.9 – Procedimento de Notificação de Causas Externas e de Agravos relacionados ao Trabalho.**

O procedimento acima deverá ser lançado no Campo Serviços Profissionais da 1^a AIH do paciente, conforme abaixo especificado:

Tipo	CNPJ / CPF	Ato Profissional	Tipo de Ato	Limite de
------	------------	------------------	-------------	-----------

				Utilização
35	CNPJ do Hosp.	99.083.01.9	45	01

5.7.5.13. VIDEOLAPAROSCOPIA

A Secretaria de Assistência à Saúde delegou às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde o credenciamento de unidades hospitalares, junto ao SIH/SUS, para fins de realização de cirurgias por videolaparoscopia.

Para obter o credenciamento, as instituições do Estado de São Paulo, deverão cumprir os seguintes requisitos:

- Manter convênio ou contrato com o SUS/SP;
- Manter em seus quadros, especialista em cirurgia com habilitação em cirurgias videolaparoscópicas; e
- Dispor de aparelhos de videolaparoscopia mantidos em perfeitas condições de utilização, conservação e assepsia.

Inclui os seguintes códigos de procedimentos no SIH/SUS:

Códigos		
33010099	33021040	33048061
33011095	33025118	33049068
33015058	33026114	33050066
33015082	33027110	34003045
33016054	33028117	34004041
33016089	33044066	34021035
33017050	33045062	34022031
33018057	33046069	42009065
33020043	33047065	

5.7.5.14. GESTANTE DE ALTO RISCO

Os procedimentos de Gestante de Alto Risco fazem parte do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

Os procedimentos só serão autorizados para hospitais previamente habilitados.

O Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco se classifica em unidade secundárias e terciárias.

Os códigos do nível terciário são:

Procedimento	Descrição	Procedimento	Descrição
35.027.01.0	Parto Normal em Gestante de Alto Risco	35.028.01.7	Parto Cesária em Gestante de Alto Risco

Poderá ser cobrado junto com os partos acima:

- Pediatra na Sala de Parto
- 1ª Consulta do Pediatra
- Analgesia
- Incentivo – Componente I

Intercorrências na Gravidez em Gestante Alto Risco

Considerando a importância da melhoria da atenção obstétrica e neonatal para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal,

Considerando a necessidade dessa assistência para assegurar uma melhor qualidade no atendimento à Gestante Alto Risco.

Inclui na Tabela SIH/SUS os procedimentos:

Procedimento	Descrição
35.031.01.8	Intercorrência Obstétrica na Gravidez em Gestante de Alto Risco
69.500.01.0	Intercorrência Clínica na Gravidez em Gestante de Alto Risco

A cobrança desses procedimentos são exclusivas para os hospitais previamente habilitados para Gestante de Alto Risco.

Incluir na Tabela SIH/SUS os procedimentos abaixo relacionados, exclusivo para cobrança por hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco.

Procedimento	Descrição
35.032.01.4	Intercorrência Obstétrica em Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco
69.500.02.9	Intercorrência Clínica em Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco

Os critérios para a inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco são:

- Destinar 70% dos leitos disponíveis para contra referência do hospital de atendimento à Gestante de Alto Risco.
- Dispor de ambulatório de atendimento pré-natal e planejamento familiar.
- Dispor de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal para contra referência da UTI Neonatal das Unidades de Alto Risco.

5.7.5.15. LAQUEADURA/VASECTOMIA – PLANEJAMENTO FAMILIAR

Considerando o disposto no Art. 6º e Parágrafo Único e Art. 10º da Lei 9.263, de 12/01/1996, que trata do planejamento familiar.

Foram incluídos na Tabela do SIH/SUS os seguintes procedimentos:

Código	Descrição	Código	Descrição
31005098	Vasectomia parcial ou completa	35084014	Cesariana c/ Laq. Tubária em pac. Com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigo da Criança
34022040	Laqueadura Tubária	35085010	Cesariana c/ Laq. Tubária em pac. Com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco
35082011	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em paciente. Com Cesarianas Sucessivas		

Somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
- Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;
 - Deverá obrigatoriamente constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; e
- É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Só poderão realizar esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos seguintes critérios:

- Estar autorizada pelo Gestor Estadual ou Municipal;
- Oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis; e

- Comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

É obrigatório utilizar o código Z 30.2 – Esterilização, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10º revisão, na cobrança destes procedimentos.

É obrigatório o preenchimento da ficha de registro de notificação de esterilização, quando da realização dos procedimentos **Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida, Laqueadura Tubária e Vasectomia**, devendo a mesma ser arquivada junto ao prontuário do paciente.

5.7.5.16. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE ÁLCOOL E DROGAS

A PORTARIA Nº 817, DE 30 DE ABRIL DE 2002, incluiu na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seus procedimentos:

89.100.02.6 - Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e Drogas.

89.300.09.2 - Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e/ou Outras Drogas

89.500.08.3 - Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e/ou Outras Drogas

Os procedimentos acima consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas.

A AIH para cobrança dos procedimentos, 89.300.09.2 e 89.500.08.3 terá validade de 30 dias sendo o limite de 21 diárias por AIH.

Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

Incluiu na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seus procedimentos:

89.300.10.6 - Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas

89.500.09.1 - Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas

Os procedimentos 89300106 e 89500091 consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes em síndrome de abstinência decorrente do uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas.

A AIH para cobrança dos procedimentos, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 terá validade de 30 dias sendo o limite de 15 diárias por AIH.

Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

A cobrança dos procedimentos, 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1, somente poderá ser efetuada por Hospitais Gerais.

A emissão da AIH para realização dos procedimentos 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 pelo gestor do SUS, deverá ser efetuada mediante apresentação de laudo médico de solicitação de internação emitido preferencialmente por especialista vinculado ao CAPSad.

Foram Incluídos no grupo de procedimentos 89.100.01.8 - Intoxicações Exógenas e Envenenamentos os seguintes procedimentos:

89.300.11.4 - Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas

89.500.10.5 - Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas

Nos casos de internação para tratamento de pacientes com intoxicação aguda por uso de álcool deverão ser utilizados os procedimentos 89.300.05.0 - Intoxicação por Álcool e 89.500.05.9 - Intoxicação por Álcool já constantes no grupo

89.100.01.8 - Intoxicações Exógenas e Envenenamentos da Tabela do SIH-SUS.

5.7.5.17. ASSISTÊNCIA AO IDOSO

A Portaria GM/MS nº 702, de 12 de abril de 2002, que criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; considerando a Portaria SAS/MS nº 249, de 12 de abril de 2002, que aprovou as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, e Considerando a necessidade de implantar o Atendimento Geriátrico em Hospital Dia nos Centros de Referência em Assistência ao Idoso, inclui no grupo 85.100.12-9 – Internação Domiciliar I, da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, os procedimentos de abaixo descritos:

85.500.93-3 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Curta Permanência

85.500.94-1 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Média Permanência

85.500.95-0 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Longa Permanência

Conforme definido na Portaria SAS/MS nº 249, de 12 de abril de 2002, o tempo estabelecido para o procedimento de curta permanência é de até 30 dias, o de média permanência de 31 a 60 dias e o de longa permanência quando o paciente estiver assistido por mais de 60 dias.

A Assistência Domiciliar Geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deverá ser iniciada com o procedimento de código 85.500.93-3 (Curta Permanência).

Caso seja necessária a continuidade do tratamento, deverá ser solicitada ao Gestor, mudança para o procedimento subsequente, de curta para média e de média para longa permanência.

Definir que será utilizada a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH de identificação 5, para internação de média e longa permanência referente aos procedimentos de que trata o Artigo 1º desta Portaria.

Nas internações de média e longa permanência, serão emitidas AIH-7 (AIH inicial).

Havendo necessidade de prorrogação da internação, a AIH-7 será encerrada com um dos motivos de cobrança constantes do SIH/SUS, cujo primeiro dígito seja 2 (permanência) e será solicitada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7, observando a mudança do procedimento.

A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico a cada 30 (trinta) dias, a ser encaminhado ao Órgão Gestor do SUS para avaliação, a qual autorizará, ou não, a continuidade da internação.

A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH-7.

A data de encerramento da AIH deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

Alterar na forma abaixo definida, a redação dos procedimentos de código 91.500.20-6 e 91.500.21-4, constantes da Tabela do SIH/SUS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
91.500.20-6	Atendimento Geriátrico em Hospital Dia nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Um turno)
91.500.21-4	Atendimento Geriátrico em Hospital Dia nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Dois turnos)

A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia nos Centros de Referência à Saúde do Idoso, terá a validade de até 30 dias.

Caso seja necessária a continuidade do tratamento, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do Gestor do SUS.

Deverão ser lançados, na primeira linha do campo de serviços profissionais da AIH, o código do procedimento realizado e o número de diárias utilizadas.

5.7.5.18. REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO – (PT GM/MS 938/2002)

Considerando a Lei 9.534/1997, que dá nova redação ao Art. 30º da Lei 6.015/1973, que dispõe sobre os registros públicos e acrescenta inciso no Art. 1º da Lei 9.265/1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania e considerando o Protocolo de Internações celebrado entre o Ministério da Saúde e a ANOREG-BR para propiciar o registro de nascimento nas maternidades foi incluído na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o código **99.085.01.1 – Incentivo ao Registro Civil de Nascimento**.

O incentivo será pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS que propiciarem o registro de nascimento, antes da alta hospitalar.

O seu pagamento está vinculado às informações sobre o Registro Civil do Recém-Nato, a serem preenchidos na AIH de parto.

O lançamento será no Campo de Serviços Profissionais da AIH de parto conforme abaixo especificado:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo de Ato	Limite de Utilização
36	CNPJ do Hospital	99.085.01.1	46	01

Verificar se no preenchimento da AIH está:

- ❖ Nº da Declaração de Nascido Vivo
- ❖ Nome do RN
- ❖ Razão Social do Cartório
- ❖ Livro
- ❖ Folhas
- ❖ Termo
- ❖ Data de emissão da Certidão

Este é um procedimento considerado como estratégico do SUS.

5.7.6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

5.7.6.1. PSQUIATRIA

5.7.6.1.1. TRATAMENTO EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO

O pagamento dos procedimentos de psiquiatria, na AIH-7, será de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês.

Havendo necessidade de prorrogação das internações, após vencidas as 45 diárias será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7. A abertura da AIH -5 será sempre no primeiro dia do mês.

Cada AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias, e não tem mais validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, não sendo permitido a emissão de AIH-7, para continuidade de tratamento.

Somente poderá ser emitida nova AIH-7 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico.

A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminhará ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista na área, que autorizará ou não a continuação da internação.

A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH-7.

A data de saída deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida solicitação de nova AIH na especialidade respectiva, não sendo permitida AIH simultânea.

No valor estipulado para atendimento psiquiátrico está previsto atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo cobranças adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais ou mudança de procedimento.

O pagamento dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia das internações de longa permanência estão desvinculados dos Serviços Hospitalares – SH.

Na AIH de psiquiatria somente poderá ser preenchida a primeira linha do campo Serviços Profissionais com o código do Procedimento Psiquiátrico realizado. O preenchimento de mais de uma linha terá como consequência a rejeição da AIH, exceto para cobrança de SADT.

A Portaria MS/GM nº 52 de 20 de janeiro de 2004, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, agrupou os hospitais psiquiátricos por classes de acordo com o porte, conforme descrito no quadro abaixo, e estabeleceu limites máximos e mínimos de redução anual de leitos (expressos em módulos de 40 leitos), aplicável as diversas classes hospitalares em cada grupo.

Hospitais Psiquiátricos por Grupos de Classes e Limites de Redução

GRUPOS	CLASSES	Nº LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	até 120	Não há	Não há
	II	121 – 160		
II	III	161 – 200	1 módulo	1 módulo
	IV	201 – 240		
III	V	241 – 280	1 módulo	2 módulos
	VI	281 – 320		
	VII	321 – 360		
IV	VIII	361 - 400	1 módulo	3 módulos
	IX	401 - 440		
	X	441 - 480		
	XI	481 - 520		
	XII	521 - 560		
	XIII	561 - 600		

GRUPOS	CLASSES	Nº LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
V	XIV	acima de 600	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$

A classe XIV comporta grupo de hospitais acima de 600 leitos contratados, que terá tratamento à parte, tendo em vista sua complexidade e atipicidade.

A PT/GM/MS nº 53, de 20 de janeiro de 2004 incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH-SUS o **grupo 63.100.06-1 - Internação em Psiquiatria RPH**, com os procedimentos a serem utilizados por hospitais psiquiátricos, conforme a sua classe.

Os hospitais que não se classificaram serão remunerados através do procedimento **63.001.56.0 – Tratamento Psiquiátrico em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria.**

OBSERVAÇÃO: O QUANTITATIVO DE AIH/MÊS, CORRESPONDE A AIH INICIAL E AIH DE CONTINUAÇÃO.

O laudo médico para solicitação de AIH e o formulário de AIH pré-impresso, correspondentes aos procedimentos realizados, deverão ser preenchidos com o código do procedimento de acordo com a classificação do hospital, uma vez que na entrada de dados no programa SISAIIH-01 será lançado o código do procedimento relativo ao número de AIH apresentadas na competência.

5.7.6.1.2. TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL – DIA

Os cuidados em hospital-dia na assistência à saúde mental devem abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 05 dias da semana (2ª a 6ª feira) com uma carga horária de 08 horas diárias para cada paciente.

Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-7 para um máximo de 30 pacientes dia. Serão pagas até 05 diárias, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH-5. Se houver necessidade de continuação do tratamento o hospital deverá solicitar ao gestor a emissão de nova AIH-7.

Deverão ser lançados, na 1ª linha do Campo Serviços Profissionais da AIH, o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período do tratamento.

O código do procedimento é 63.001.20-9 e da especialidade de Hospital-Dia é 9.

5.7.6.1.3. TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL

O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos.

Os procedimentos psiquiátricos realizados em hospital geral serão remunerados por AIH-7 para um máximo de 45 diárias, não cabendo emissão de AIH-5.

Se não houver condição de alta o paciente deverá ser transferido para hospital especializado em tratamento psiquiátrico.

O código do procedimento é 63.001.10-1 e da especialidade é 5.

5.7.6.2. QUEIMADOS

Especialidade 1 – Cirurgia

Adotar a seguinte classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras:

Pequeno Queimado: Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.

Médio Queimado: Considera-se como médio queimado o paciente com:

- Queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou
- Queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou;
- Queimadura de mão e/ou pé

Grande Queimado: Considera-se como grande queimado o paciente com:

- Queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou;
- Queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou;
- Queimadura de períneo

Observação: será igualmente considerado grande queimado o paciente que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada à esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental e doenças consultivas.

ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM HOSPITAL GERAL

Poderão ser realizados por Hospitais Gerais os procedimentos dos grupos a seguir relacionados:

Grupo	Procedimento
38.114.05.4	38.048.14.0 – Pequeno Queimado
38.114.06.2	38.049.14.7 – Médio Queimado – Hospital Geral
38.114.07.0	38.050.14.5 – Grande Queimado – Hospital Geral
38.114.08.9	38.051.14.1 – Atendimento Inicial de Grande Queimado – Hospital Geral

ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS DE REFERÊNCIA EM QUEIMADOS – ALTA COMPLEXIDADE

Os seguintes grupos e procedimentos podem ser realizados, exclusivamente, em Centros Referência em Queimados – Alta Complexidade:

Grupo	Procedimento
-------	--------------

38.114.05.4	38.048.14.0 – Pequeno Queimado
38.114.09.7	38.052.14.8– Médio Queimado– Alta Complexidade
38.114.10.0	38.053.14.4 – Grande Queimado – Alta Complexidade
38.114.13.5	38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados

ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS INTERMEDIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA À QUEIMADOS

Os seguintes grupos e procedimentos, podem ser realizados, em Centros Intermediários de Assistência à Queimados:

Grupo	Procedimento
38.114.05.4	38.048.14.0 – Pequeno Queimado
38.114.11.9	38.054.14.0– Médio Queimado - Centro Intermediário
38.114.12.7	38.055.14.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário
38.114.13.5	38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados

No procedimento 38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados, o limite de cobrança mensal é de 01 por AIH.

No valor do procedimento estão incluídos os curativos, debridamentos e anestesista.

Os procedimentos especiais, abaixo discriminados, poderão ser lançado no Campo Serviços Profissionais da AIH, em Centros de Referência em Assistência à Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência à Queimados para os seguintes procedimentos: 38.052.14.8, 38.053.14.4, 38.054.14.0, 38.055.14.7.

ANESTESIA

99.600.07.2 – Anestesia para Procedimentos em Queimados

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Limite de Utilização
28	CNPJ Hospital	99.600.07.2	39	05
29	CPF Profissional			

Os materiais e medicamentos para a anestesia, estão incluídos nos Serviços Hospitalares dos Procedimentos Médio e Grande Queimados.

DIÁRIA DE UTI DE QUEIMADOS

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Limite de Utilização
18	CNPJ Hospital	96.008.01.6 – Diária de UTI de Queimados/mês inicial	21	59
		96.008.02.4 - Diária de UTI de Queimados/mês anterior		
		96.008.03.2 - Diária de UTI de		

		Queimados/mês da alta		
--	--	------------------------------	--	--

99.600.15.3 – INTERCORRÊNCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO

Este procedimento poderá ser lançado no Campo Serviços Profissionais da AIH, em Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados quando os grupos de procedimentos e procedimentos forem:

Grupo	Código/Descrição
38.114.09.7	38.052.14.8– Médio Queimado– Alta Complexidade
38.114.10.0	38.053.14.4 – Grande Queimado – Alta Complexidade
38.114.11.9	38.054.14.0– Médio Queimado - Centro Intermediário
38.114.12.7	38.055.14.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Limite de Utilização
31	CNPJ Hospital	99.600.15.3	41	15

Caso seja necessário a albumina humana e nutrição parenteral deverão ser cobradas no campo procedimentos especiais da AIH e a nutrição enteral no campo serviços profissionais, em Hospitais Gerais, Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência à Queimados, de acordo das normas específicas e nos limites e codificações constantes da Tabela de procedimentos Especiais do SIH-SUS.

5.7.6.3. TRATAMENTO DA AIDS

5.7.6.3.1. TRATAMENTO DE AIDS/HOSPITAL DIA

O Tratamento da AIDS deverá ser efetuado em até cinco dias semanais (2ª. a 6ª. feira), dividido em três turnos de 4 horas e no máximo 10 pacientes por turno, totalizando 30 pacientes/dia.

Os procedimentos realizados no Hospital-Dia serão remunerados por AIH-7.

As diárias serão pagas até 05 dias úteis da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH-5. Se houver necessidade de continuação do tratamento o hospital deverá solicitar ao Gestor a emissão de nova AIH-7.

Deverá ser lançado na 1ª linha do Campo Serviços Profissionais da AIH o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período do tratamento.

O código do procedimento é 91.904.01.3 – Tratamento da AIDS/Hospital Dia e a especialidade 7 para Pediatria e 3 para Clínica Médica.

5.7.6.4. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS

O procedimento tratamento de pacientes sob cuidados prolongados somente poderá ser realizado por hospitais previamente habilitados.

A sistemática adotada é a seguinte:

O pagamento dos procedimentos de tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH-7, será de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês.

Havendo necessidade de prorrogação das internações, após vencidas as 45 diárias será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH-7. A abertura da AIH –5 será sempre no primeiro dia do mês.

Cada AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias, e não tem mais validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, não sendo permitido a emissão de AIH-7, para continuidade de tratamento.

Somente poderá ser emitida nova AIH-7 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico.

A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminhará ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista na área, que autorizará ou não a continuação da internação.

Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida solicitação de nova AIH na especialidade respectiva, não sendo permitida AIH simultânea.

No valor estipulado para atendimento de pacientes sob cuidados prolongados está previsto atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo cobranças adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais ou mudança de procedimento.

O pagamento dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia das internações de longa permanência estão desvinculados dos Serviços Hospitalares – SH.

Na AIH de longa permanência somente poderá ser preenchida a primeira linha do campo Serviços Profissionais com o código do Procedimento realizado. O preenchimento de mais de uma linha terá como consequência a rejeição da AIH, exceto para cobrança de SADT. A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH-7.

A data de saída deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

Somente será permitida a internação após autorização do Órgão Emissor, sendo o caráter da internação 1 (eletivo).

Características do Paciente sob Cuidados Prolongados:

Paciente convalescente – aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontre em recuperação e necessite de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por um período de até 107 dias.

Paciente portador de múltiplos agravos à saúde – Aquele que necessite de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação.

Paciente crônico – Aquele portador de patologia de evolução lenta, ou portador de seqüela da patologia básica que gerou a internação e que necessita de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional.

Pacientes sob cuidados permanentes – Aquele que teve esgotado todas as condições de terapia específica e que necessita de assistência médica ou cuidados permanentes.

OBS: Para cobrança de procedimentos de Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados V – Enfermidades Oncológicas, é necessário que a unidade seja credenciada para alta complexidade em câncer.

Para cobrança de procedimentos de Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados VII – Tratamento da AIDS é necessário que o hospital seja credenciado para realização de tratamento da AIDS, conforme normas específicas do Ministério da Saúde.

5.7.6.5. TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Somente os Hospitais que tenham leitos cadastrados na especialidade Tisiologia, poderão apresentar AIH com os seguintes procedimentos:

Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
74.300.03.2	Tuberculose Pulmonar	74.300.03.1	Tuberculose Pulmonar
74.300.04.0	Meningite Tuberculosa	74.500.04.0	Meningite Tuberculosa
74.300.05.9	Tuberculose em outras localizações	74.500.05.8	Tuberculose em outras localizações

Tratamento da Tuberculose com lesões extensas (PT SAS/MS nº 34, 25/3/98)

Procedimen to	Descrição	Procedimen to	Descrição
74.300.46.6	Tuberculose Lesões Extensas	74.500.46.5	Tuberculose Lesões Extensas

A cobrança dos procedimentos será apresentada em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitida a cobrança de Permanência a Maior.

Quando houver necessidade de continuidade da internação por mais de 30 dias, deverá ser preenchido o campo Motivo de Cobrança com 2.1 (Permanência por características próprias da doença), constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH Posterior, sendo emitido nova AIH.

O código da especialidade é 6 - Tisiologia.

5.7.6.6. TRATAMENTO DA HANSENÍASE – LESÕES EXTENSAS

Tratamento da Hanseníase

Os hospitais que realizam tratamento da hanseníase sob regime de internação, poderão apresentar AIH com os seguintes procedimentos:

Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
74.500.43.0	Hanseníase – Clínica Médica	74.300.43.1	Hanseníase – Pediatria

Tratamento da Hanseníase – Lesões Extensas

Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
74.300.47.4	Hanseníase – Lesões Extensas	74.500.47.3	Hanseníase – Lesões Extensas

A cobrança dos procedimentos será apresentada em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitida a cobrança de Permanência a Maior.

Quando houver necessidade de continuidade da internação por mais de 30 dias, deverá ser preenchido o campo Motivo de Cobrança com 2.1 (Permanência por características próprias da doença), constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH Posterior, sendo emitido nova AIH.

O código da especialidade é 3 – Clínica Médica.

5.7.6.7. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO

O Tratamento em Reabilitação é cobrado com o código de especialidade 8, desde que o hospital possua leitos cadastrados na especialidade Reabilitação.

Os Procedimentos em Tratamento em Reabilitação são:

Procedimento	Descrição	Procedimento	Descrição
67.300.01.4	Tratamento em Reabilitação em Pediatria	67.500.01.3	Tratamento em Reabilitação em Clínica Médica

O pagamento máximo é de 45 diárias por AIH.

Em caso de necessidade do paciente continuar a internação, deverá ser solicitada ao gestor nova AIH.

5.7.6.8. PEDIATRIA

Na cobrança de procedimentos dos grupos: 74.100.01-7 - Enteroinfecção em Lactente e 76.100.01-4 Afecções Respiratórias da Criança, no Campo Serviços Profissionais, deverão ser utilizados os códigos dos procedimentos e não o código de Consulta Médica (25.001.01.9), pois estes grupos de procedimentos pagam por ato médico 33 pontos.

5.7.6.9. DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO

Códigos para cobrança de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento de acordo com:

Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
43.000.00.2	Clínica Cirúrgica	72.500.00.0	Clínica Médica
71.300.00.7	Clínica Pediátrica	63.000.00.8	Clínica Psiquiátrica

Estes códigos deverão ser utilizados nos seguintes casos:

1. Em caso de alta a pedido ou transferência para outro hospital (motivo da cobrança que justifique a transferência), com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e

- quatro) horas, o procedimento solicitado deverá obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente.
2. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência;
 3. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela;
 4. Internação para investigação diagnóstica,
 5. Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela Auditoria.

Não cabe Permanência a Maior em AIH emitida com o código do procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento;

Não cabe mudança de procedimento em AIH de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento.

5.7.6.10. NEUROCIRURGIA - TRATAMENTO CONSERVADOR

O Tratamento Conservador em traumatismo cranioencefálico, de acordo com a tabela, deverá ser codificado:

Se o Tratamento Conservador for efetuado em Serviço de Neurocirurgia, o código é 40.001.00.8.

Se o Tratamento Conservador não for efetuado em serviço de Neurocirurgia, o código é 91.500.07-9, em Clínica Médica e 91.300.06-1 em Pediatria.

Se o Tratamento Conservador do Traumatismo Crânioencefálico - TCE for efetuado em Serviço de Referência em Neurocirurgia, o Código pode ser **40.200.00-0 em caso de paciente com TCE grave com complicação** ou **40.206.00-9 em caso de paciente com TCE sem complicação** (Conforme consta no Manual de Orientação Técnica SIA e SIH do Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde, no Item Análise do Prontuário Médico Hospitalar).

5.7.6.11. OBSTETRÍCIA

No caso de gestantes, a AIH tem validade desde sua emissão até o parto, podendo ser emitida já a partir do sétimo mês de gravidez.

Parto seguido de histerectomia dentro das primeiras 24 horas do pós-parto, deverá ser solicitada nova AIH. Se a histerectomia ocorrer durante o mesmo ato anestésico deverá ser mantido o procedimento já autorizado e cabendo apenas a cobrança da histerectomia como intercorrência, ou seja, cobrança dos atos médicos para o cirurgião e auxiliar

Parto gemelar: utiliza-se como procedimento realizado o código básico de cirurgia obstétrica (Parto normal ou cesariana) e serão lançados os atos profissionais correspondentes no Campo Serviço Profissional.

Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra.

O Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra é exclusivo para titulares do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeiro Obstetra, conforme estabelecido na Lei 7498 de 27/07/86 e Decreto 94.406 de 08/07/87.

Para a realização deste procedimento é necessária a autorização prévia pelo gestor.

Os valores relativos aos do honorários do procedimento Parto Normal Sem Distócia estão incluídos nos serviços hospitalares.

Atendimento à Gestante de Alto Risco

Os procedimentos Parta Normal e Cesariana em Gestante de Alto Risco, somente poderão ser realizados em "Unidades de Referência Terciária para o Atendimento à Gestante de Alto Risco", de acordo com os critérios na PT/MS/GM 3477/98.

Os Procedimentos: Intercorrências Clínicas e Obstétricas na Gravidez de Alto Risco somente poderão ser realizadas em "Unidades Terciárias para Atendimento à Gestantes de Alto Risco", devidamente habilitadas.

Os Procedimentos: Intercorrências Clínicas e Obstétricas em Atendimento Secundário a Gestantes de Alto Risco somente poderão ser realizadas em "Unidades Secundárias para Atendimento à Gestantes de Alto Risco", devidamente habilitadas.

Abaixo relacionamos os procedimentos compatíveis com cobrança de parto:

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Descrição	Tipo de Ato
6 ou 16	CPF CNPJ	95.001.01.8	Atendimento ao RN em Sala de Parto I	20
25	CNPJ	95.002.01.4	Componente I – Incentivo ao Parto	37
6 ou 16	CPF CNPJ	95.002.02.2	Atendimento ao RN em Sala de Parto II	20
21 ou 22	CPF CNPJ	95.003.01.0, 95.005.01.3 ou 95.006.01.0	Analgesia (de acordo com o parto utilizar código adequado)	35
23 ou 24	CPF CNPJ	95.004.01.7	1ª Consulta do Pediatra	36

Obs.: Os códigos 95.003.01.0, 95.005.01.3 ou 95.006.01 são excludentes entre si.

5.7.6.12. EMISSÃO DE NOVA AIH

- **Em cirurgia** - desde que uma 2ª cirurgia não ocorra no mesmo ato anestésico, inclusive reoperação.
- **De obstetria para cirurgia e vice-versa** - exceto quando se tratar de ato realizado durante o mesmo ato anestésico.
- **De clínica médica para obstetria** - nos casos em que houver parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica por motivo não relacionado à internação.
- **De obstetria para obstetria** - quando houver duas intervenções obstétricas em tempos diferentes .
- **De obstetria para clínica médica** - nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, após esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela.
- **De cirurgia para clínica médica** - nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico.

- **De clínica médica para cirurgia** - em casos clínicos em que haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação com a patologia clínica ,após ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos fechar a AIH clínica.
- **Paciente sob Cuidados Prolongados ou Psiquiatria quando necessitarem de cirurgia**
- **Quando no campo procedimentos especiais houver mais de 5 procedimentos ou atos**. Nestes casos abre-se nova AIH, com datas de internação e alta iguais a primeira.
- **Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia**, 03 dias após a alta.
- **Paciente em Psiquiatria, Sob Cuidados Prolongados, Reabilitação, Internações Domiciliares e AIDS**, de acordo com as normas de cada especialidade.

5.7.6.13. INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A internação domiciliar somente será permitida após avaliação médica e solicitação específica em laudo próprio, sendo precedida de avaliação das condições familiares, domiciliares e do cuidado ao paciente, por membro da equipe de saúde que expedirá laudo específico condicionando a condição da internação.

A internação domiciliar somente poderá ser realizada em seguimento a uma internação hospitalar em período imediatamente anterior ao fato, devendo obrigatoriamente estar relacionada com o procedimento realizado que a precedeu.

É vedada a internação domiciliar quando a internação hospitalar que a precedeu ocorrer por diagnóstico ou primeiro atendimento ou a qualquer outro procedimento com tempo médio de permanência inferior a 04 dias.

Condições prioritárias para a Internação Domiciliar:

Paciente com idade superior a 65 anos, com pelo menos 03 internações pela mesma causa/procedimento no período de 01 ano.

Pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, DPOC, doença vascular cerebral e diabetes

Pacientes acometidos por trauma com fratura, ou afecção ósteoarticular, em recuperação.
Pacientes portadores de neoplasias malignas.

Cobrança de Internação Domiciliar:

Será feita por meio de AIH com lançamento obrigatório das consultas médicas realizadas;

Deverão ser lançados no campo serviços profissionais o quantitativo dos dias utilizados no período do tratamento, não podendo ser ultrapassado o limite previsto para os procedimentos (Portaria GM/MS Nº 2416, de 23/03/98) do Grupo 85.100.12.9, códigos 85.300.78.0 e 85.500.80.1.

A internação domiciliar não poderá exceder a 30 dias, nem ter período de duração inferior a 15 dias, exceto em caso de óbito ou transferência para unidade hospitalar.

Não será permitida a cobrança de Permanência a Maior.

Quando houver necessidade de internação por período superior a 30 dias deverá ser preenchidos o Campo Motivo de Cobrança com 2.2 (Permanência por Intercorrência) e emitida nova AIH, constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH posterior.

Somente os hospitais previamente autorizados poderão realizar a internação domiciliar.

5.7.6.14. HOSPITAL DIA

Define-se como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

Condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos de atendimento em regime de hospital dia:

- 1 - Centro Cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s);
- 2 - Centro de Esterilização e Desinfecção de Materiais e Instrumentos de acordo com normas vigentes;
- 3 - Condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina;
- 4 - Enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para Recuperação e Observação Pós Anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc.

5.7.6.14.1. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS EM REGIME DE HOSPITAL DIA

Critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de hospital dia:

- 1 - Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
- 2 - Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;
- 3 - Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;
- 4 - Obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na Unidade de Saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece.

Critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de hospital dia:

- 1 - Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico;
- 2 - Paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de hospital dia:

1 - A cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo desta Portaria e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH;

2 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas;

3 - Para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de:

1.1 – Eletivo – Atendimento em regime de Hospital Dia;

2.1 – Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência – Atendimento em regime de Hospital Dia;

4.1 – Câmara de Compensação de Alta Complexidade – Atendimento em regime de Hospital Dia;

4 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

5.7.6.14.2. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas;

2 - Situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.

3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental;

4 - Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social.

5 - Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades).

Critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento:

- 1-Lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;
- 2-Sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta;
- 3-Ausência de náuseas e vômitos;
- 4-Capacidade de ingerirem líquidos;
- 5-Ausência de sangramento;
- 6-Micção espontânea.
- 7 - Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;
- 8 - Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de hospital dia:

- 1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas;
- 2 - Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;
- 3 - As diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias;
- 4 - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;
- 5 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental.

5.7.6.14.3. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM AIDS

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- 1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;
- 2 - Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;
- 3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS;
- 4 - Desenvolver as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); - atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social.

5 – Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, deve ser composta por:- 01 médico; - 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades).

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

- 1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas.
- 2 - Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;
- 3 - As diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos;
- 4 - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;
- 5 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia – AIDS.

5.7.6.14.4. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- 1 - Possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação;
- 2 - Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados;
- 3 - Recursos Humanos: - 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica.
 - A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo;
 - A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

- 1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas;
- 2 - A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas;
- 3 - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;

4 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia – Geriátrico.

5.7.6.14.5. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA - FIBROSE CÍSTICA

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;

2 - Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;

3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial;

4 - Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família.

5 - Recursos Humanos: Pediatra; Pneumologista; Gastroenterologista; Cardiologista; Otorrinolaringologista; Fisioterapeuta; Enfermeiro; Psicólogo; Assistente social; Outros profissionais necessários à realização das atividades.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística;

2 - Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento;

3 - As diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos;

4 - Caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor;

5 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística.

5.7.6.14.6. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA PARA INTERCORRÊNCIAS APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de hospital dia em intercorrências após transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos:

1- Estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: Radiologia; Laboratórios; Serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; Transporte; Farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado).

2- Instalações Físicas:

O serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: Consultórios para atendimento; Sala de procedimentos; Quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; Posto de enfermagem; sala com poltronas para administração de medicações.

3- Recursos Humanos: Hematologista ou Oncologista; Pediatra; Enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; Oftalmologista; Nutricionista; Assistente social; Psicólogo; Fisioterapeuta; Odontólogo.

4 – Procedimentos Diagnósticos:

A Unidade de Saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: Biópsias de medula óssea; Biópsia de pele; Biópsia hepática; Inserção de cateter venoso em veia central; Coleta de sangue e fluídos.

5.7.6.14.6.1. AUTOGÊNICO

O limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais.

Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante.

5.7.6.14.6.2. ALOGÊNICO APARENTADO:

O limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais.

Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

5.7.6.14.6.3. ALOGÊNICO NÃO APARENTADO

O limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI.

Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais.

Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas Aih's, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

5.7.6.15. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM PACIENTE ONCOLÓGICO

Os procedimentos Intercorrências clínicas em Paciente Oncológico podem ser cobrados por hospitais participantes ou não do Sistema de Alta Complexidade em Oncologia.

Quando houver internação por intercorrências clínicas em pacientes oncológicos, deverá ser lançado como CID principal a neoplasia e como CID secundário o da doença que gerou a internação.

6. ALTA COMPLEXIDADE

Para cobrança dos procedimentos de alta complexidade faz-se necessário que os hospitais tenham serviços regularmente cadastrados nas especialidades correspondentes.

Para a realização dos Procedimentos de Alta Complexidade os hospitais devem enviar documentação à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde SAS/MS que, de acordo com o setor competente, designará uma Comissão de Especialistas na área para que, juntamente com os técnicos da Secretaria de Saúde, verifiquem, "in loco", o correto cumprimento das normas estabelecidas.

As normas e rotinas de credenciamentos em alta complexidade constam em portarias específicas da SAS/MS.

6.1. TRANSPLANTES E RETRANSPLANTES

Código	Procedimento
31.802.01.1	Transplante Renal Receptor - Doador Vivo
31.803.01.6	Transplante Renal Equipe Nefrológica - Doador Vivo
31.803.02.4	Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver – Equipe Nefrológica
31.805.01.9	Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver
36.005.06.1	Transplante de Esclera
36.007.06.4	Transplante de Perióstio em Escleromalácia
36.010.02.2	Transplante de Córnea
36.015.02.4	Transplante de Córnea em Reoperações
36.016.02.0	Transplante de Córneas em Cirurgias Combinadas
36.018.02.3	Topoplastia do Transplante
39.011.14.3	Transplante Tendinoso ao Nível do Joelho
46.800.01.8	Transplante de Coração
46.800.08.5	Transplante de Fígado
46.801.01.4	Transplante de Pulmão
46.804.01.3	Transplante Simultâneo de Pâncreas e Rim
46.805.01.0	Transplante de Pâncreas após Rim
46.806.01.6	Transplante de Pâncreas Isolado

Código	Procedimento
46.813.01.2	Transplante de Medula Óssea – Autogênico
46.814.01.9	Transplante de Medula Óssea – Alogênico Aparentado
46.815.01.5	Transplante de Medula Óssea – Alogênico Não Aparentado
46.816.01.1	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Autogênico- Células Periféricas
46.817.01.8	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Células Periféricas
46.818.01.4	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
46.819.01.0	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Células Periféricas
46.820.01.9	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
46.827.01.3	Transplante de Fígado Receptor – Doador vivo
47.800.01.1	Retransplante de Coração
47.800.08.9	Retransplante de Fígado
47.801.01.8	Retransplante de Pulmão

Nos valores dos grupos de procedimentos de Transplante / Retransplante estão incluídos os honorários das equipes participantes dos procedimentos, exceto Transplante Renal.

Nos procedimentos dos grupos de transplante, no campo "Tipo de Vínculo" dos serviços profissionais, para hospitais públicos somente será permitida a cobrança de profissionais tipo 4 e SADT tipo 3 (próprios do hospital).

O procedimento 31.803.01.6 e 31.803.02.4 (transplante renal, equipe nefrológica - doador vivo e transplante renal doador cadáver, respectivamente) não gera AIH, devendo ser lançado para cobrança, no Campo Serviços Profissionais na AIH de Transplante Renal Receptor, equipe cirúrgica 31.802.01.0 e 31.805.01.9.

A retirada de órgãos para transplante está regulamentada através do Decreto 2269/98, pela Lei 9434 /98 e PT/MS/GM 3.410 /98, PT/MS/GM 3.407/98 e PT/MS/GM 92/2001.

6.2. ALTA COMPLEXIDADE EM CÂNCER

Os grupos de procedimentos constantes da Tabela do SIH-SUS que somente poderão ser cobrados em hospitais credenciados para Alta Complexidade em Câncer são os seguintes:

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
79.100.16.3	Tratamento Quimioterápico de Tumores Malignos	46.100.19.9	Cirurgia Oncológica VI
79.100.17.1	Tratamento Quimioterápico de Administração Contínua (Infusão Venosa) I	46.100.22.9	Cirurgia Oncológica VII
79.100.18.0	Tratamento Quimioterápico de Administração Contínua (Infusão	46.100.25.3	Cirurgia Oncológica VIII

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
	Venosa) II		
79.100.19.8	Tratamento Quimioterápico de Leucemias	46.100.28.8	Cirurgia Oncológica IX
85.100.04.8	Internação para Tratamento Radioterápico	46.100.31.8	Cirurgia Oncológica X
85.100.15.3	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireóide I	46.100.34.2	Cirurgia Oncológica XI
85.100.16.1	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireóide II	46.100.35.0	Cirurgia Oncológica XII
85.100.17.0	Internação p/ Iodoterapia do Câncer Diferenciado Tireóide III	46.100.37.7	Cirurgia Oncológica XIII
46.100.04.0	Cirurgia Oncológica I	46.100.40.4	Cirurgia Oncológica XIV
46.100.07.5	Cirurgia Oncológica II	46.100.43.1	Cirurgia Oncológica XV
46.100.10.5	Cirurgia Oncológica III	46.100.46.6	Radioterapia Cirúrgica I
46.100.13.0	Cirurgia Oncológica IV	46.100.47.4	Radioterapia Cirúrgica II
46.100.16.4	Cirurgia Oncológica V		

Os hospitais não credenciados para Alta Complexidade em Câncer poderão cobrar somente os procedimentos dos grupos 85.100.13.7 – Internação para Tratamento Radioterápico e 85.100.14.5 – Intercorrências Clínica em Paciente Oncológico.

6.3. ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR

A Portaria GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004 Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por Serviços de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

A Portaria SAS/MS nº 210 de 15 de junho de 2004/2004 define as normas de classificação e credenciamento dos Serviços, Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.

Inclui na tabela do SIH/SUS os grupos de procedimentos a seguir especificados, compostos por procedimentos novos e procedimentos de códigos 32 que foram substituídos por códigos 48.

GRUPO: 48.110.00.0 - Cirurgia Cardiovascular
GRUPO: 48.120.00-6 - Cirurgia Vascular
GRUPO: 48.130.00-1 - Cardiologista Intervencionista
GRUPO: 48.140.00-7 - Cirurgia Endovascular
GRUPO: 48.150.00-2 – Eletrofisiologia

Os procedimentos dos grupos: **48.130.00-1; 48.140.00-7 e 48.150.00-2** somente poderão ser cobrados por hospitais credenciados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular.

Os procedimentos dos grupos **48.110.00.0 e 48.120.00-6**, serão cobrados por hospitais credenciados em Alta Complexidade de Assistência Cardiovascular, sendo que alguns

também são passíveis de cobrança com caráter de internação 2, para Hospitais de Referência em Atendimento de Urgência e Emergência.

Os procedimentos da Assistência Cardiovascular passíveis de cobrança com caráter de internação 2, para Hospitais de Referência em Atendimento de Urgência e Emergência são os seguintes (Portaria SAS/MS nº 513/04):

Código	Descrição
48.010.01-4	Implante de marcapasso temporário transvenoso
48.010.02-2	Cardiografia
48.010.03-0	Cardiotomia corpo estranho
48.010.04-9	Pericardiocentese
48.010.05-7	Drenagem com Biópsia de Pericárdio
48.020.01-0	Trombectomia Venosa
48.020.02-8	Embolectomia Arterial
48.020.03-6	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Superior Unilateral
48.020.04-4	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Superior Bilateral
48.020.05-2	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Inferior Unilateral
48.020.06-0	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Inferior Bilateral
48.020.07-9	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas Da Região Cervical
48.020.10-9	Fasciotomia Para Descompressão
48.020.11-7	Debridamento De Úlcera Ou De Tecidos Desvitalizados
48.020.15-0	Aneurismectomia de Aorta abdominal infrarenal
48.020.16-8	Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas das Arterias Viscerais
48.020.17-6	Plastia Arterial com remendo, qualquer técnica
48.020.39-7	Aneurismectomia Toraco-Abdominal.

Com relação aos procedimentos 48.020.15-0, 48.020.16-8, 48.020.17-6 e 48.020.39.7, fica estabelecido que o percentual de realização de cada um não deverá ultrapassar 30 (trinta por cento) do total das cirurgias realizadas.

Com relação os procedimentos de código 48.030.02-3; 48.040.21-5; 48.030.11-2; 48.030.08-2; 48.050.07-5, 48.050.08-3; 48.050.10-5, 48.010.06-5 constantes do Anexo III da PT/SAS 210, fica estabelecido:

48.030.02-3 - Biópsia Endomiocárdica, deverá ser realizado exclusivamente nos Estabelecimentos de Saúde habilitados para Transplantes Cardíacos, e não aceitará cobrança de permanência maior.

48.040.21-5 - Shunt Intrahepático Porto-sistêmico (TIPS) com Stent não Recoberto, somente poderá ser realizado em hospitais cadastrados para a realização de Transplante de Fígado, preferencialmente por médico radiologista intervencionista.

48.030.11-2 - Angioplastia Coronariana Primária (incluso cateterismo); deverá ter a possibilidade de compatibilizar os materiais códigos 93.481.18-7 e 93.481.25-0, no percentual de até 20% (vinte por cento) sobre o quantitativo total deste procedimento.

48.030.08-2 – Angioplastia Coronariana com implante de Dupla Prótese Intraluminal Arterial, não deverá exceder o total de 20% (vinte por cento) do total das angioplastias coronarianas realizadas.

Os procedimentos Eletrofisiológicos Terapêuticos de códigos 48.050.07-5, 48.050.08-3 e 48.050.10-5, não deverão exceder em conjunto, o percentual de 10% (dez por cento) do total dos procedimentos eletrofisiológicos realizados.

48.010.06-5 - Correção da Persistência do Canal Arterial no recém-nascido, na situação de pacientes recém nascidos, internados em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, de hospitais gerais e/ou materno-infantis, cuja faixa etária de zero a 30 dias, poderá ser realizado também por cirurgião pediátrico com experiência em cirurgia torácica e/ou cirurgião cardiovascular

Fica também estabelecido que o total das Angioplastias Primárias de que trata o Anexo III, da PT 210, não poderá ultrapassar o percentual de 10% (dez por cento) sobre o quantitativo do total das angioplastias realizadas.

Portaria SAS nº 513, de 22/09/2004, Altera a descrição dos procedimentos a seguir codificados, constantes da Tabela do SIH/SUS:

48.010.27-8; 48.010.40-5; 48.010.41-3; 48.010.43-0; 48.010.47-2; 48.010.48-0; 48.010.44-8; 48.010.51-0; 48.010.52-9; 48.010.62-6; 48.010.85-5 ; 48.011.02-9; 48.011.03-7; 48.011.04-5;

Foram alteradas a descrição e faixa etária dos procedimentos da Tabela do SIH/SUS, na forma a seguir especificada:

Código	Descrição
48.010.72-3	Correção de Janela Aorto-Pulmonar (04 a 99 anos);
48.010.74-0	Correção de Tetralogia de Fallot e Variantes (04 a 99 anos)
48.010.90-1	Correção de Transposição dos Grandes Vasos da Base (04 a 99 anos).

Os procedimentos a seguir codificados, incluídos na tabela do SIH/SUS passaram a integrar o Grupo 48.110.00.0 – Cirurgia cardiovascular:

Código	Código antigo	Código	Código antigo	Código	Código antigo
48.011.09- 6	32.014.01-5	48.011.13-4	novo	48.011.10-0	novo
48.011.11-8	32.032.01-3	48.011.12-6	novo	48.011.13-4	novo
48.011.14-2	novo	48.011.15-0	novo	48.011.16-9	novo
48.011.17-7	novo				

Fica estabelecido a obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Marcapassos”, para os casos de implante de Marcapasso Cardíaco Permanente, e do formulário “Registro Brasileiro de Cardioversores Desfibriladores Implantáveis”, para o caso de implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável, sendo que a 5ª via deverá ficar arquivada no prontuário do paciente.

No caso de implante de Stent, a obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Prótese de Sustentação Intraluminal Arterial,” sendo que a 5ª via deverá ficar arquivada no prontuário do paciente.

6.4. ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO DE EPILEPSIA

A PT SAS/MS 46/94 incluiu os procedimentos de Tratamento de Epilepsia I e II e a PT SAS/MS 50/97, revê os critérios mínimos de cadastramento, as indicações para tratamento cirúrgico e a ficha de encaminhamento.

Os serviços pleiteantes ao cadastramento serão vistoriados por uma comissão integrada por representantes da Liga Brasileira de Neurofisiologia Clínica e da Coordenação de Normas para Procedimentos de Alta Complexidade SAS/MS.

Os serviços cadastrados deverão enviar semestralmente a SAS/MS, o Cadastro Nacional de Cirurgia de Epilepsia – Relatório de Pacientes Internados para que procedam as avaliações do Serviço.

Somente poderão realizar os Procedimentos de Tratamento de Epilepsia I e II, os hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde.

Os critérios mínimos para credenciamentos e as indicações para Tratamento Cirúrgico das Epilepsias podem ser encontrados na PT SAS/MS 50/97.

Os grupos de procedimentos constantes da Tabela do SIH/SUS são os seguintes:

Grupo	Descrição	Procedimentos
81.100.11.6	Tratamento da Epilepsia I	81001010 Exploração diagnóstica da epilepsia
40.101.07.0	Tratamento da Epilepsia II	40001040 Tratamento Cirúrgico da Epilepsia

6.5. ALTA COMPLEXIDADE MALFORMAÇÃO(ÕES) / LÁBIO(S)-PALATAL(IS)

Os procedimentos e grupos de procedimentos constantes da Tabela do SIH-SUS que somente poderão ser cobrados por hospitais credenciados para Alta Complexidade de Mal Formação/Lábio-Palatal são os seguintes:

Grupo	Descrição
33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio-Faciais
33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Lesões Lábio-Palatais e Crânio Faciais
33.101.05.1	Cirurgia da Boca e Face V
33.101.06.0	Cirurgia da Boca e Face VI
33.101.07.8	Cirurgia da Boca e Face VII
33.101.08.6	Cirurgia de Lábio em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais I
33.101.09.4	Cirurgia de Lábio em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais II
33.101.10.8	Cirurgia Buco Maxilo Facial em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.101.06.4	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.101.07.2	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais

Grupo	Descrição
37.102.04.4	Cirurgia do Nariz IV
37.103.03.2	Cirurgia Otorrinolaringológica em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.107.02.0	Cirurgia de Nariz em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais

Os procedimentos 62.003.02.0 - Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo Uni ou Bilateral com ou sem AASI e 62.005.02.2 –Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear os procedimentos especiais correspondentes passaram a ser cobrados exclusivamente por APAC-SIA.

6.6. ALTA COMPLEXIDADE EM TRAMATO-ORTOPEDIA

Os critérios e recursos técnicos de habilitação para cobrança de procedimentos de Alta Complexidade em Ortopedia I (coluna), II (ombro), III (mão), IV (quadril) e V (Joelho), constam de portaria específica. Os grupos de procedimentos constantes da Tabela do SIH-SUS que somente poderão ser cobrados por hospitais credenciados para Alta Complexidade em Ortopedia são:

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
39.102.05.0	Tratamento Cirurgia na Coluna Vertebral V	39.111.05.9	Tratamento Cirúrgico na Cintura Pélvica V
39.104.03.6	Cirurgia na Cintura Escapular III	39.126.00.5	Reimplante
39.105.04.0	Tratamento Cirúrg. na Articulação Escapulo Umeral IV	39.112.06.3	Tratamento Cirúrgico na Articulação Coxo Femural VI
39.107.04.3	Tratamento Cirúrgico no Cotovelo IV	39.115.04.6	Tratamento Cirúrgico na Perna IV
39.110.03.6	Tratamento Cirúrgico na mão III	39.113.05.1	Revisão e/ou Reconstrução de quadril
39.128.00.8	Retalho Micro Cirúrgico	39.114.04.0	Tratamento Cirúrgico na Articulação do Joelho
39.105.05.9	Reparação de Lesão Plexo Braquial	39.114.05.8	Revisão e/ou Reconstrução de Joelho
39.129.00.4	Enxerto ósseo Vascularizado	39.100.35.0	Ressecção de Tumor ósseo

6.7. IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO

Os procedimentos de Implante Dentário Osteointegrado foram excluídos da Tabela do SIH-SUS, sendo realizados e cobrados, exclusivamente por meio de APAC-SIA. (PT SAS 431/00)

6.8. NEUROCIRURGIA

Somente os Hospitais previamente autorizados pelo MS/SAS, poderão cobrar os seguintes Grupos de Procedimentos constantes da Tabela do SIH/SUS:

Os procedimentos dividem-se em Níveis I, II e III:

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
40.100.02.2	Tratamento Conservador em Neurocirurgia I – I, II e III	40.108.01.5	Neurocirurgia Nervos I – I, II e III
40.100.03.0	Tratamento Conservador	40.108.03.1	Neurocirurgia Nervos II– I, II e III

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
	em Neurocirurgia II – I e II		
40.106.01.2	Neurocirurgia Crânio I– I, II e III.	40.108.05.8	Neurocirurgia Nervos III – II e III
40.106.03.9	Neurocirurgia Crânio II– I, II e III	40.108.07.6	Neurocirurgia Nervos IV – II e III
40.106.05.5	Neurocirurgia Crânio III– I, II e III	40.109.01.1	Neurocirurgia Vascular I– I, II e III
40.106.07.1	Neurocirurgia Crânio IV– I, II e III	40.109.02.0	Neurocirurgia Vascular II – II e III
40.106.09.8	Neurocirurgia Crânio V– I, II e III	40.110.01.0	Neurocirurgia Funcional Não Extereotática-I, II e III
40.106.11.0	Neurocirurgia Crânio VI - II e III	40.111.01.6	Neurocirurgia Funcional Extereotática I – II e III
40.106.13.6	Neurocirurgia Crânio VII – III	40.111.04.4	Neurocirurgia Funcional Extereotática II – II e III
40.107.01.9	Neurocirurgia Coluna I– I, II e III	40.111.03.2	Neurocirurgia Funcional Extereotática III - III
40.107.03.5	Neurocirurgia Coluna II– I, II e III	40.150.00.3	Neurocirurgia Radiocirúrgica I – III
40.107.05.1	Neurocirurgia Coluna III – II e III	40.151.00.0	Neurocirurgia Radiocirúrgica – Equipe Radioterapeuta - III
40.107.07.8	Neurocirurgia Coluna IV – II e III	40.100.00.6	Procedimentos Sequenciais em Radiocirurgia– I, II e III
40.152.00.0	Neuroradiologia Intervencionista – II e III		

O código 40.290.00-0 será utilizado nos casos em que houver necessidade de procedimentos neurocirúrgicos seqüenciais durante o internamento ou procedimentos neurocirúrgicos realizados numa mesma data por acessos diferentes, inclusive os procedimentos dos grupos 40.100.02-2 – tratamento conservador em Serviço de Neurocirurgia I e 40.100.03-0 - tratamento conservador em Serviço de Neurocirurgia II.

No campo procedimentos especiais da AIH poderão ser lançados em ordem decrescente de valores até 05 procedimentos neurocirúrgicos (inclusive tratamento conservador I e II), sendo cobrados na seguinte proporção:

1º procedimento 100%	3º procedimento 75%	5º procedimento 50%
2º procedimento 100%	4º procedimento 75%	

Os códigos de procedimentos especiais:

97.220.00.0 – Tomografia de Crânio 3 exames em Serv. Cred. Em Neurocirurgia,

97.221.00.7 – RNM de Crânio em Serv. Cred. Em Neurocirurgia,

97.222.00.3, 97.223.00.0 – Angiografia por RNM (1 exame) e

97.224.00.6 – Tomografia de Coluna (3 exames)

Serão lançados no campo serviços profissionais de acordo com os critérios e limites estabelecidos na PT/MS/GM 2922/98, da seguinte forma:

Tipo: 03 ou 08	Tipo de ato: 27
----------------	-----------------

Os códigos de procedimentos especiais:

97.209.00.7- Monitorização da Pressão Intracraniana MPIC

97.210.00.5 – Localização Estereotáxica de Lesões Intracranianas

Serão lançados no campo serviços profissionais de acordo com os critérios e limites estabelecidos na PT/MS/GM 2922/98, da seguinte forma:

Tipo: 04, 07 ou 30	Tipo de ato: 27
--------------------	-----------------

O procedimento especial **97.209.00.7 – Monitorização da Pressão Intracraniana MPIC** é compatível com os seguintes procedimentos:

Procedimento	Descrição
40.200.00.0	Trat. Conserv. Do Traumatismo Cranioencefálico
40.208.01.0	Trat. Cirurg. Da Fratura do Crânio com Afundamento
40.209.01.6	Derivação Ventricular Externa
40.210.01.4	Trat. Cirurg. Do Hematoma Subdural
40.211.01.0	Trat. Cirurg. Do Hematoma Extradural
40.212.01.7	Trat. Cirurg. Do Hematoma Intracerebral
40.215.01.6	Ventriculoperitonostomia
40.216.01.2	Ventriculoauriculostomia
40.217.01.9	Revisão de Complicação da Ventriculoperitonostomia
40.218.01.5	Revisão de Complicação da Ventriculoatriostomia
40.220.01.0	Craniotomia para Tumor Cerebral da Convexidade
40.221.01.6	Craniotomia para Tumor Infratentorial
40.222.01.2	Craniotomia para Cistos Encefálicos
40.223.01.9	Trat. Cirurg. Do Abscesso Intracraniano
40.224.01.5	Craniotomia para Granulomas Intracranianos
40.231.01.1	Microcirurgia Vascular Intracraniana
40.232.01.8	Microcirurgia para Tumor Encefálico (Profundo)
40.234.01.0	Microcirurgia para Tumores da Base do Crânio
40.235.01.7	Microcirurgia Intracraniana com Auxílio do Ultra-som
40.238.01.6	Microcirurgia de Tumor Cerebral com Aspiração Ultra-sônica
40.239.01.2	Microcirurgia do Tumor Cerebral com Laser
40.240.01.0	Trat. Cirurg. Dos Tumores da Base do Crânio por via combinada
40.241.01.7	Microcirurgia Cerebral Endoscópica

O Procedimento **97.210.00.5 – Localização Estereotáxica de Lesões Intracranianas** é compatível com os seguintes procedimentos:

Procedimento	Descrição
40.221.01.6	Craniotomia para Tumor Infratentorial
40.222.01.2	Craniotomia para Cistos Encefálicos
40.223.01.9	Trat. Cirurg. Do Abscesso Intracraniano
40.224.01.5	Craniotomia para Granulomas Intracranianos
40.231.01.1	Microcirurgia Vascular Intracraniana

40.232.01.8	Microcirurgia para Tumor Encefálico (Profundo)
40.238.01.6	Microcirurgia de Tumor Cerebral com Aspiração Ultrassônica
40.239.01.2	Microcirurgia do Tumor Cerebral com Laser

6.9. BUSCA ATIVA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS

Somente os Hospitais previamente autorizados pelo MS/SAS, poderão cobrar os seguintes Grupos de Procedimentos constantes da Tabela do SIH/SUS:

Grupos	Descrição	Procedimento
62.100.00.9	Busca Ativa de Doador de Órgãos	62001000
62.101.00.5	Localização e Abordagem de Possível Doador de Órgãos	62002007
62.103.00.8	Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos p/ Transplante Menor de 2 anos	62003011
62.103.01.6	Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos p/ Transplante Maior de 2 anos	62004034

PARA REMUNERAÇÃO DA BUSCA ATIVA DE DOADOR DE ÓRGÃOS

A cobrança dos procedimentos dos grupos 62.100.00.9 e 62.101.00.5 poderá ocorrer quando realizadas atividades de Busca Ativa de doador de órgãos e tecidos, em duas situações possíveis:

- a - doador em morte encefálica;
- b - doador-coração parado

Em ambas as situações, ou seja, **doador em morte encefálica e doador-coração parado**, para efetuar a cobrança dos procedimentos, deverá ser emitida AIH em nome do doador e lançado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código **62.001.00.0** - “Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos e Tecidos” e no campo “procedimentos especiais” o código **62.002.00.7** - “Localização e Abordagem de Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante”;

No caso de **doador coração-parado**, somente poderão ser cobrados os procedimentos 62.001.00.0 - “Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos e Tecidos” e no campo “procedimentos especiais” o código 62.002.00.7 - “Localização e Abordagem de Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante se, **pelo menos, a retirada de córneas efetivamente ocorrer**, o que será cruzado com a emissão da cobrança do procedimento relacionado a esta retirada, ocorrendo sua realização na mesma instituição hospitalar ou em outra, sendo que o cumprimento desta determinação será objeto de auditoria periódica”.

Os procedimentos relativos a outros tecidos passíveis de retirada e de aproveitamento para transplante na situação de doador-coração parado a remuneração será nos respectivos Bancos de Tecidos.

Para remuneração da avaliação e diagnóstico da morte encefálica:

Os grupos e procedimentos destinados a remunerar as atividades relacionadas à avaliação e diagnóstico de morte encefálica de possível doador de órgãos e tecidos, em conformidade com o estabelecido na Resolução nº 1480/97 do CFM, são os abaixo descritos:

Grupo	Procedimento	Descrição
62.103.00.8	62.003.01.1	Avaliação Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos p/ Transplante – menor de 2 anos
62.103.01.6	62.004.03.4	Avaliação Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos p/ Transplante - Maior de 2 Anos

Para efetuar a cobrança dos procedimentos dos Grupos 62.103.00.8 e 62.103.01.6, deverá ser emitida AIH, em nome do doador e lançado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 62.001.00.0 - “Busca...” e no campo “procedimentos especiais”, conforme a idade do doador, o código 62.003.01.1 ou o código 62.004.03.4, **sendo que estes dois códigos não podem ser cobrados, concomitantemente, na mesma AIH;**

Não serão aceitos lançamentos de outros procedimentos no Campo Procedimentos Especiais da AIH, além dos estabelecidos acima.

Para efetuar a cobrança da realização de exames gráficos para o diagnóstico de morte encefálica, efetivamente realizado.

TIPO	CNPJCPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE UTIL.
13 15	CNPJ CPF	99.800.11.0 EEG em Possível Doador de Órg. e Tecidos (Detecção de Silêncio encefálico)	30	02
13 15	CNPJ CPF	99.800.13.6 Angiografia Cerebral (4 Vasos) em Possível Doador de Órgãos e Tecidos	30	02
13 15	CNPJ CPF	99.800.14.4 Eco Doppler Colorido Cerebral em Possível Doador de Órgãos e Tecidos	30	02

Para remuneração da manutenção do paciente em morte encefálica:

Os procedimentos destinados a remunerar as atividades relacionadas à manutenção de paciente em morte encefálica em condições adequadas à viabilização da doação de órgãos e tecidos, são os abaixo descritos :

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE UTILIZAÇÃO
18	CNPJ Hospital	96.800.01.1 - Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos - Menor 2 Anos	21	02
18	CNPJ Hospital	96.800.03.8 - Diária UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Maior de 2 Anos	21	01

Os procedimentos 96.800.01.1 e 96.800.03.8, **não podem ser cobrados concomitantemente na mesma AIH.**

RETIRADA DE ORGÃOS

Para remuneração da manutenção hemodinâmica e retirada de órgãos: poderão ser lançados no campo serviços profissionais da AIH os seguintes códigos:

O processo de retirada de órgãos poderá ocorrer em uma das seguintes situações abaixo descritas:

- a - Retirada de órgãos realizada no hospital em que foi realizada a busca ativa do doador, processada por equipe profissional deste mesmo hospital;

Na hipótese prevista na alínea “a”, poderão ser cobrados no campo “serviços profissionais” da AIH de “Busca Ativa de Doador de Órgãos e Tecidos” os procedimentos relacionados à manutenção hemodinâmica do doador e os de retirada de órgãos abaixo descritos:

TIPO	CNPJ CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMI TE UTIL.
14 ou 30 17	CNPJ CPF	99.800.53.5 Manutenção Hemodinâmica em Possível Doador de Órgãos	31	01
14	CNPJ	99.800.15.2 Taxa de Sala Cir. e Materiais p/ Ret. de Órgãos p/ Transplante (1 Órgão ou Múltiplos)	22	01
14 ou 30 17	CNPJ CPF	99.800.35.7 - Coordenador de Sala Cirúrgica em Retirada de Órgãos (Um Órgão ou Múltiplos)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.21.7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.23.3 - Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.27.6 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim p/ Transplante (1º. Cirurgião) - (Cadáver)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.29.2 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim p/ Transplante (2º. Cirurgião) – (Cadáver)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.39.0 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	93.800.39.8 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Fígado (por litro)	31	01
1	CNPJ	93.800. 41.0 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)	19	03
1	CNPJ	93.800.43.6 - Líquido de Preservação de Tecidos p/ Transplante de Córnea (20 ml)	19	02
1	CNPJ	93.800.45.2 - Líquido de Preservação de Órgãos p/ Transplante de Coração (1 litro)	19	03

TIPO	CNPJ CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMI TE UTIL.
1	CNPJ	93.800.47.9 - Líquido de Preservação de Órgão p/ Transplante de Pulmões - (1 litro)	19	04
1	CNPJ	93.800.49.5 - Líquido de Preservação de Órgãos p/ Transplante Pâncreas (por litro)	19	02

- b - Retirada de órgãos realizada no hospital em que foi realizada a busca ativa do doador, processada por equipe profissional proveniente de outro(s) hospital(is);
- c - Retirada de órgãos realizada em hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador, para onde o paciente tenha sido transferido para a efetivação da retirada, que poderá ocorrer por equipe profissional deste segundo hospital ou de outro(s);

Na hipótese prevista na alínea “b”, o hospital em que ocorreu a busca ativa do doador e a retirada de órgãos será realizada por equipe profissional externa, que poderá cobrar os procedimentos Código 99.800.15.2 - Taxa de Sala Cirúrgica e Materiais para Retirada de Órgãos para Transplante (Um Órgão ou Múltiplos) e, se o hospital for o fornecedor dos líquidos de preservação de órgãos, poderá também cobrar os procedimentos relativos a estes líquidos descritos acima, conforme os órgãos efetivamente retirados, lançando os respectivos códigos no campo “serviços profissionais” da AIH de “Busca Ativa de Doador de Órgãos e Tecidos”.

Quanto à remuneração das equipes de retirada, ainda na hipótese prevista na alínea “b” deverão ser emitidas tantas AIH quantos forem os procedimentos realizados, sendo que, quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deverá ser lançado, exceto para córnea e rim, o tipo de ato 40 para remuneração adicional de 100% do primeiro cirurgião e por equipe intermunicipal, exceto córnea, (distâncias acima de 100 Km) deverá ser lançado o tipo de ato 42 para remuneração adicional de 50% do primeiro cirurgião; no caso de os líquidos de preservação serem fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos deverão ser lançados nas respectivas AIH de retirada, observando-se a proibição de lançamento concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes.

Na hipótese prevista na alínea “c”, deverão ser emitidas tantas AIH quantos forem os procedimentos realizados, de acordo com os Grupos de Procedimentos e procedimentos mantidos e incluídos na Tabela do SIH/SUS abaixo descritos, sendo que, quando a retirada de órgãos for realizada pôr equipe interestadual deverá ser lançado, exceto para córnea e rim, o tipo de ato 40 para remuneração adicional de 100% do primeiro cirurgião e por equipe intermunicipal, exceto córnea, (distâncias acima de 100 Km)deverá ser lançado o tipo de ato 42 para remuneração adicional de 50% do primeiro cirurgião; no caso de os líquidos de preservação serem fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos descritos no § 2º deste Artigo, deverão ser lançados na respectivas AIH de retirada, observando-se a proibição de lançamento concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes, obedecendo às seguintes orientações:

· Manutenção Hemodinâmica de doador e taxa de sala - deverá ser emitida uma AIH (apenas uma, independentemente do número de órgãos retirados) em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.821.01.5 - “Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.54.3. - “Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador”, 99.800.15.2 - “Taxa de Sala Cirúrgica e Materiais para Retirada de Órgãos para Transplante (Um Órgão ou Múltiplos)”

46.118.01.2 - Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador

46.821.01.5 - Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador

99.800.54.3 - Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador

TIPO	TIPO ATO	LIMITE UTILIZAÇÃO
14 , 17 OU 30	31	01

99.800.15-2 - Taxa de Sala Cirúrgica e Materiais para Retirada de Órgãos para Transplante (Um Órgão ou Múltiplos)

TIPO	TIPO ATO	LIMITE UTILIZAÇÃO
14	22	01

· Coordenador de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos - deverá ser emitida uma AIH (apenas uma, independentemente do número de órgãos retirados) em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.812.01.6 - “Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos” e no campo de “serviços profissionais” o código e 99.800.35.7 - “Coordenador de Sala Cirúrgica em Retirada de Órgãos (Um Órgão ou Múltiplos)”.

46.113.01.0 - Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos

46. 812.01.6 - Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos

99.800.35.7 - Coordenador de Sala Cirúrgica em Retirada de Órgãos (Um Órgão ou Múltiplos)

TIPO	TIPO ATO	LIMITE UTILIZAÇÃO
14 , 17 OU 30	31	01

PARA RETIRADA DE CORAÇÃO PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.807.01.2 - “Cirurgia para Retirada de Coração para Transplante” (do grupo 46108017) e no campo de “serviços profissionais” os seguintes códigos

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14, 17 ou 30		99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31,37 ou 38	01
14, 17 ou 30		99.800.21.7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.45.2 Líquido de Preservação de Órg. P/ Transplante Coração (1 l)	19	03

PARA RETIRADA DE PULMÕES PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.808.01.9 - “Cirurgia para Retirada de Pulmões para Transplante” (do grupo 46109013) e no campo de “serviços profissionais” os seguintes códigos:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14, 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.23.3 – Retirada de Pulmões para Transplante (1º.Cirurg.)	31, 37, 38	01
14, 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.47.9 - Líquido Preservação de Órg p/ Transplante Pulmões - (1 litro)	19	04

- PARA RETIRADA UNILATERAL/BILATERAL DE RIM PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.809.01.5 - “Cirurgia para Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante” (DO GRUPO 46110011) e no campo de “serviços profissionais” os seguintes códigos:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14 , 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.27.6 - Retirada Unil/ Bil de Rim p/ Transplante (1º. Cirurgião) - (Cadáver)	31 OU 38	01
14 , 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.29.2 - Retirada Unil/ Bil de Rim p/ Transplante (2º. Cirurgião) – (Cadáver)	31	01
1	CNPJ	93.800.41.0 - Líquido Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)	19	03

PARA RETIRADA DE PÂNCREAS PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.813.01.2 – Cirurgia para Retirada de Pâncreas para Transplante (do grupo 46114017) e no campo “serviços profissionais” os seguintes códigos:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14 , 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31,37 OU 38	01
14 , 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.39.0 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01

1	CNPJ	93.800.49.5 - Líquido Preservação Órgãos p/ Transplante Pâncreas (por litro)	19	02
---	------	--	----	----

- PARA RETIRADA DE CÓRNEAS UNILATERAL/BILATERAL PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.810.01.3 - “Cirurgia de Enucleação Unilateral/Bilateral para Transplante” (do grupo 46111018) e no campo de “serviços profissionais” os seguintes códigos:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14 , 17 OU 30	CNPJ / CPF	99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante	31	01
1	CNPJ	93.800.43.6 - Líquido Preservação Tecidos para Transplante de Córnea (20 ml)	19	02

- PARA RETIRADA DE FÍGADO PARA TRANSPLANTE

Emitir uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.811.01.0 - “Cirurgia para Retirada de Fígado para Transplante” (do grupo 46112014) e no campo de “serviços profissionais” os seguintes códigos :

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
14 , 17 ou 30	CNPJ CPF	99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31,37ou 38	01
14,17 ou 30	CNPJ CPF	99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.39.8 - Líquido Preservação Órgãos para transplante de Fígado (por litro)	19	04

INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE:

Para efetuar a cobrança dos procedimentos relativos a intercorrências pós-transplante, deverá ser emitida AIH em nome do paciente e lançado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 47.810.01.7- “Intercorrência Pós Transplante” (do grupo 47108002) e as dosagens de medicamentos e os medicamentos propriamente ditos, efetivamente realizados, no campo “serviços profissionais”, conforme os respectivos códigos descritos abaixo;

A AIH emitida para realização deste procedimento terá validade de 30 (trinta) dias, sendo que, decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente em regime de internação, a AIH deverá ser encerrada e solicitada emissão de nova.

O limite de diárias utilizadas por AIH será lançado na 1ª linha do campo serviços profissionais.

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
13 OU	CNPJ HOSP OU	99.801.01.9 - Dosagem de Ciclosporina	32	04

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
15	TERCEIROS			
13 OU 15	CNPJ HOSP OU TERCEIROS	99.884.01.1 - Dosagem de Tacrolimus	32	04
13 OU 15	CNPJ HOSP OU TERCEIROS	99.802.01.5 – Dosagem de Sirolimus	32	04
19	CNPJ	99.883.01.5 - Ciclosporina 10 mg	33	120
19	CNPJ	99.870.01.0 - Ciclosporina 25 mg	33	72
19	CNPJ	99.871.01.7 - Ciclosporina 50 mg	33	60
19	CNPJ	99.872.01.3 - Ciclosporina 100 mg	33	60
19	CNPJ	99.873.01.0 - Metilprednisolona 500 mg	33	06
19	CNPJ	99.874.01.6 - Anticorpo Monoclonal Murino Anti CD3 100mg	33	10
19	CNPJ	99.875.01.2 - Globulina Antilinfocitária origem equina 100mg	33	84
19	CNPJ	99.876.01.9 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 25mg	33	84
19	CNPJ	99.877.01.5 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 100mg	33	56
19	CNPJ	99.878.01.1 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 200mg	33	28
19	CNPJ	99.885.01.8 - Tacrolimus 1mg	33	220
19	CNPJ	99.880.01.6 - Tacrolimus 5mg	33	140
19	CNPJ	99.881.01.2 - Tacrolimus 5mg/ml ampolas	33	02
19	CNPJ	99.882.01.9 - Basiliximab 20mg	33	02
19	CNPJ	99.879.01.8 - Micofenolato Mofetil 500mg	33	120
19	CNPJ	99.887.01.0 - Daclizumab 25 mg	33	10
19	CNPJ	99.888.01.7 – Sirolimus 1 mg/ml	33	60

ATENÇÃO: As cobranças relativas à realização de módulo sorológico, HLA Classe I e HLA Classe II , Cross Match (provas cruzadas de linfócitos T, AGH e linfócitos B) em possíveis doadores de órgãos deverão ser efetuadas pelo SIA-SUS.

6.10. DISTÚRBIOS DO SONO - Polissonografia

Os procedimentos de polissonografia somente podem ser realizados por Hospitais Universitários credenciados para alta complexidade em neurocirurgia e que possuam profissionais com título de especialista em psiquiatria, pneumologia, bem como odontólogos com especialização em aparelhos extra-orais para apnéia.

6.11. DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Os procedimentos dos grupos de Acompanhamento de Pacientes Excepcionais e Crianças com Deficiência Auditiva Uni ou Bilateral com Aparelho Auditivo Adaptado ou sem Aparelhos e Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo, foram retirados do SIH-SUS podendo ser cobrados exclusivamente por meio de APAC-SIA.

6.12. GASTROPLASTIA

O procedimento e o material compatível, constantes nas tabelas de procedimentos e compatibilidade, somente poderão ser realizado/cobrado por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

As despesas decorrentes do tratamento cirúrgico de Obesidade Mórbida, serão custeados com recursos do FAEC e considerado procedimento estratégico.

A compatibilidade entre o procedimento e o material é:

33.022.04-6 – Gastroplastia

93.481.37-3 – Carga para grampeador linear cortante para gastroplastia.

93.481.26-8 – Grampeador linear cortante.

As unidades que efetuarem a avaliação inicial e os Centros de Referência, deverão observar o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia, sendo obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no protocolo, aprovado, na forma do anexo I da Portaria MS/GM-628/2001.

Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica.

O não cumprimento do estabelecido acima acarretará o descadastramento do Centro de referência.

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos a Gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva.

Inclui através da PT GM/MS 545/02, os procedimentos abaixo relacionados:

Grupo	Procedimento	Descrição
38.101.04-1	38.058.13-8	Dermolipectomia Abdominal pós Gastroplastia
	38.059.06-1	Mamoplastia pós Gastroplastia
	38.060.06-0	Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia
	38.061.13-9	Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia
38.101.05-0	38.000.00-8	Cirurgias Plásticas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia

A cobrança do procedimento 38.000.00-8 - Cirurgias Plásticas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia será efetuado da seguinte forma:

Os procedimentos do Grupo 38101041 acima descritos, poderão ser cobrados simultaneamente (no máximo 02) por AIH, quando as condições clínicas do paciente assim o permitirem.

A AIH deverá Ter como Procedimento Solicitado e Realizado o código 38.000.00-8.

Os procedimentos realizados, deverão ser lançados no Campo Procedimentos Especiais da AIH e também no Campo Serviços Profissionais.

Sempre que for realizado qualquer procedimento dos Grupos 38101041 e 38101050, deverá ser preenchido o formulário Indicação de Cirurgia Plástica Reparadora Pós Gastroplastia que obrigatoriamente fará parte do prontuário médico.

Estabelece que, para cobrança desses procedimentos, deverá ser lançado no campo "AIH Anterior" o nº da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada no paciente.

6.13. TRATAMENTO DA OSTEÓGENESIS IMPERFECTA (PT GM/MS nº 2305 19/12/01)

Aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da osteogenesis imperfecta com pamidronato dissódico no âmbito do SUS.

O Protocolo deverá ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento clínico e na descrição da evolução do tratamento, daqueles pacientes a ele submetidos;

Aprovar a Ficha de inclusão de Pacientes ao Tratamento da Osteogenesis Imperfecta - TOI no âmbito do SUS.

É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas na Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes;

A Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI deverá constar do prontuário médico do paciente, para fins de acompanhamento e auditoria.

Estabelecer que decorridos 06 (seis) meses do início do tratamento, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar a Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI devidamente preenchida ao Ministério da Saúde/FIOCRUZ/Instituto Fernandes Figueira, para inserção no banco de dados de acompanhamento do TOI;

O não cumprimento acarretará o descadastramento do Centro de Referência.

Aprovar as Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Osteogenesis Imperfecta.

Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e os procedimentos, abaixo descritos:

83.100.05.9 – Tratamento Clínico da Osteogenesis Imperfecta - TOI

83.300.11.2 - Internação para Administração de Medicação Específica para o TOI – Pediatria

83.500.14.6 - Internação para Administração de Medicação Específica para o TOI - Clínica Médica

No valor do procedimento estão incluídos os medicamentos, materiais, insumos e exames necessários para o tratamento.

Estabelecer que o procedimento acima mencionado, somente poderá ser realizado/cobrado por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Osteogenesis Imperfecta.

As despesas decorrentes do TOI serão custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico

7. FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH

A hospitalização de um paciente resultará na prestação de Serviços Profissionais (SP), Serviços Hospitalares (S.H.) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT).

A cada procedimento da Tabela do SIH/SUS corresponderão três valores, subdivididos em S.H., SP e SADT.

O pagamento dos serviços hospitalares atribuídos a cada um dos procedimentos principais é feito pela soma dos valores correspondentes a coluna dos Serviços Hospitalares (SH) registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes a: Diárias, Taxas de Sala, Materiais Hospitalares e Medicamentos.

A cada Ato Profissional ou SADT corresponderá um número de pontos.

A remuneração dos S.P. prestados por cada hospital é feita obedecendo a seguinte sistemática:

Somar os valores em reais que correspondam aos S.P. registrados na AIH.

Somar o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos realizados registrados na AIH.

Obter o valor do ponto dos S.P. por AIH, mediante a divisão do valor em reais dos S.P. pelo total de pontos dos Atos Médicos.

Somar o número de pontos correspondentes aos atos profissionais, prestados por cada uma das pessoas física ou jurídica.

Multiplicar o valor do ponto dos S.P. pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor em reais, a ser pago.

Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado S.P., correspondem à somatória dos valores encontrados em cada local de trabalho. .

Do valor assim obtido, serão deduzidos os descontos obrigatórios de lei.

A remuneração dos SADT, observa a mesma sistemática, porém o rateio é feito pela pontuação do hospital e não por AIH, como no caso de Serviços Profissionais.

O pagamento de anestesia dos atos cirúrgicos não serão por rateio, mas correspondem à 30% do valor de SP. O pagamento dos demais profissionais relacionados na AIH será através de rateio após o cálculo dos 30% do anestesista.

A anestesia nas AIH de Partos e Queimados o pagamento é feito através de código próprio e também não sofrem rateio.

EXEMPLOS:

1) Valor do Ponto Profissional é igual:

Valor dos Serviços Profissionais da AIH em Reais menos 30% caso haja lançamento de anestesia dividido pela soma n° de pontos Serviços Profissionais da AIH

2) Valor do Ponto de SADT é igual:

Valor dos Serviços de SADT do Hospital em Reais dividido pela soma de n.º pontos de SADT do Hospital

3) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

Nº de pontos acumulados por profissional na AIH X Valor do Ponto S.P da AIH

4) Valor a ser recebido pelo SADT é igual:

Nº de pontos acumulados por SADT no Hospital X Valor do ponto de SADT do Hospital

A seguir, um exemplo detalhado de como encontrar o valor de cada participante de um ato cirúrgico com anestesia:

No Hospital X realizou-se o procedimento **40.241.01.7– Microcirurgia Cerebral Endoscópica** constante na tabela SIH - valor de SP = R\$ 833,00 - quantidade de Pontos = 1800.

Considerando que no campo Ato Médico da AIH foi registrado somente este ato, e que para sua realização foram necessários:

- um cirurgião
- dois auxiliares
- um anestesista:

Cálculo para apuração dos valores do anestesista:

Conforme legislação, o anestesista não recebe por rateio, e sim 30% do valor do SP do procedimento cirúrgico.

$$30\% \text{ de } 833,00 = \text{R\$ } 249,90$$

$$\text{R\$ } 833,00 - 249,90 = 583,10$$

Ficando R\$ 583,10 para ratear com os demais profissionais cujo CPF/CNPJ foram registrados na AIH.

Cálculo da quantidade pontos de cada participante (exceto para o anestesista que não tem pontos)

Cirurgião = 1800 (a mesma quantidade de ponto de Ato Médico do procedimento, constante na tabela)

1º auxiliar = 540 (correspondentes a 30% de 1800 pontos do cirurgião)

2º auxiliar = 360 (correspondentes a 20% de 1800 pontos do Cirurgião)

Somam-se os pontos calculados para cada participante totalizando **2.700 pontos**

O valor do ponto será calculado da seguinte forma:

Valor do SP menos valor do anestesista dividido pelo total de pontos encontrados.

$$\text{R\$ } 583,10 / 2.700 = 0,21596$$

$$\text{Valor do ponto} = 0,21596$$

Calculo para apuração do valor de cada participante

Multiplica-se o valor do ponto pela quantidade de ponto de cada participante

Cirurgião = 0,21596 * 1800 = R\$ 388,73

1º auxiliar = 0,21596 * 540 = R\$ 116,62

2º auxiliar = 0,21596 * 360 = R\$ 77,75

8. PRONTUÁRIO MÉDICO

O preenchimento do prontuário médico é obrigatório.

Todos os documentos constantes do Prontuário Médico deverão estar adequados e corretamente preenchidos, em letra legível, devidamente assinados e carimbados.

Esta norma vale para todos os documentos abaixo relacionados, cujo conjunto é a composição mínima exigida para um correto Prontuário Médico.

Composição mínima:

Ficha de identificação e anamnese do paciente;
Registro Gráfico de Sinais Vitais;
Ficha de Evolução/Prescrição Médica;
Ficha de Evolução de Enfermagem;
Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares;
Ficha para registro de resumo de alta;
Ficha para descrição do ato cirúrgico (Em Procedimentos Cirúrgicos);
Ficha para descrição do ato anestésico (Em Procedimentos Anestésicos);
Partograma e Ficha do Recém-nato (Em Obstetrícia);
Folha de débito do Centro Cirúrgico (Gasto de Sala).

Obrigatoriedade do preenchimento:

Todos os documentos do Prontuário Médico deverão estar corretamente preenchidos (letra legível, assinados e carimbados);
Prescrição e Evolução médica diária (exceto para psiquiatria), assinadas e carimbadas;
Relatório diário de enfermagem, assinado;
Registro diário dos Sinais Vitais;
Descrição do ato cirúrgico e do ato anestésico (nos procedimentos cirúrgicos).

Deverá ser anexada ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares.

Deverá ser anexada ao prontuário 01 via da AIH-7, assim como o espelho definitivo da AIH (cópia da AIH emitida em disquete, enviada para pagamento), devidamente assinada pelo Diretor Clínico.

Nos casos de Acidente de Trabalho deverá ser anexada ao Prontuário cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

Todo prontuário médico deverá ser arquivado no mínimo por **20 anos** e nos casos de hospitais maternidade os prontuários de parto deverão ser arquivados por 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Decorrido esses prazos os originais podem ser substituídos por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas - **Resolução do CFM 1.639/02.**

LEGISLAÇÃO IMPORTANTE

. **RES/CFM Nº 1.331, de 21/9/89 – DO 183, de 25/9/89** - Determina que o prontuário Médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde. Revogada pela RES/CFM nº 1639

. **Parecer do CFM Nº 16, aprovado em 12/7/90** - Estabelece critérios mínimos para elaboração de prontuários médicos.

. **Parecer do CFM Nº 24, aprovado em 11/8/90** - Reafirma o princípio do sigilo profissional sobre prontuários médicos.

. **Parecer do CFM Nº 03, aprovado em 12/2/93** - Dispõe sobre o arquivamento de prontuários médicos.

. **Parecer do CFM Nº 14, aprovado em 16/9/93** - Autoriza a utilização da informática na elaboração de prontuários médicos.

. **Parecer do CFM Nº 2, aprovado em 13/1/94** - Estabelece que o acesso ao prontuário médico, pelo médico perito, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da Instituição responsável pela sua posse e guarda.

. **Parecer do CFM Nº 7, aprovado em 10/3/94** - Estabelece o direito ético de tomar conhecimento de assuntos referentes à saúde de trabalhadores.

. **Parecer do CFM Nº 16, aprovado em 10/6/94** - Estabelece relação entre o Estatuto da Criança e do Adolescente e o tempo de arquivamento de prontuários de crianças.

. **RES/CFM Nº 1.466, de 13/9/96 – DO 181, de 17/9/96** - Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria.

. **RESOLUÇÃO Nº 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002** - Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal;

CONSIDERANDO que compete à instituição de saúde e/ou ao médico o dever de guarda do prontuário, e que o mesmo deve estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência para permitir a continuidade do tratamento do paciente e documentar a atuação de cada profissional;

CONSIDERANDO que as instituições de saúde devem garantir supervisão permanente dos prontuários sob sua guarda, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas;

CONSIDERANDO que para o armazenamento e a eliminação de documentos do prontuário devem prevalecer os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o ensino, a pesquisa e a prática médica;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002, resolve:

Art. 1º - Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º - Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

I) Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;

II) À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;

III) À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º - A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I) Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente - nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e) Nos casos emergências, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

II) Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º - A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

. **RESOLUÇÃO Nº 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002** - Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que o médico tem o dever de elaborar o prontuário para cada paciente a que assiste, conforme previsto no art. 69 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes;

CONSIDERANDO o teor da Resolução CFM nº 1.605/2000, que dispõe sobre o fornecimento das informações do prontuário à autoridade judiciária requisitante;

CONSIDERANDO que o sigilo profissional, que visa preservar a privacidade do indivíduo, deve estar sujeito às normas estabelecidas na legislação e no Código de Ética Médica, independente do meio utilizado para o armazenamento dos dados no prontuário, seja eletrônico ou em papel;

CONSIDERANDO o volume de documentos armazenados pelos estabelecimentos de saúde e consultórios médicos em decorrência da necessidade de manutenção dos prontuários;

CONSIDERANDO os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações, que oferecem novos métodos de armazenamento e de transmissão de dados;

CONSIDERANDO a legislação arquivística brasileira, que normatiza a guarda, a temporalidade e a classificação dos documentos, inclusive dos prontuários médicos;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico e cria as Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 30/2002, aprovado na Sessão Plenária de 10 de julho de 2002;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 10 de julho de 2002, resolve:

Art. 1º - Aprovar as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", anexas à esta resolução, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico.

Art. 2º - Estabelecer a guarda permanente para os prontuários médicos arquivados eletronicamente em meio óptico ou magnético, e microfilmados.

Art. 3º - Recomendar a implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em todas as unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários médicos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT, e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos - Lei nº 8.159/91).

Art. 4º - Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel.

Parágrafo único - Findo o prazo estabelecido no caput, e considerando o valor secundário dos prontuários, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deverá elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos em papel que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico-científico, histórico e social.

Art. 5º - Autorizar, no caso de emprego da microfilmagem, a eliminação do suporte de papel dos prontuários microfilmados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 6º - Autorizar, no caso de digitalização dos prontuários, a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça à norma específica de digitalização contida no anexo desta resolução e após análise obrigatória da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º - O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão, quando solicitados, a certificação dos sistemas para guarda e manuseio de prontuários eletrônicos que estejam de acordo com as normas técnicas especificadas no anexo a esta resolução.

Art. 8º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º - Fica revogada a Resolução CFM nº 1.331/89 e demais disposições em contrário.

ANEXO

NORMAS TÉCNICAS PARA O USO DE SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

I)Integridade da Informação e Qualidade do Serviço - O sistema de informações deverá manter a integridade da informação através do controle de vulnerabilidades, de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança dos processos de sistema.

II)Cópia de Segurança - Deverá ser feita cópia de segurança dos dados do prontuário pelo menos a cada 24 horas. Recomenda-se que o sistema de informação utilizado possua a funcionalidade de forçar a realização do processo de cópia de segurança diariamente. O procedimento de back-up deve seguir as recomendações da norma ISO/IEC 17799, através da adoção dos seguintes controles:

a)Documentação do processo de backup/restore;

- b)As cópias devem ser mantidas em local distante o suficiente para livrá-las de danos que possam ocorrer nas instalações principais;
 - c)Mínimo de três cópias para aplicações críticas;
 - d)Proteções físicas adequadas de modo a impedir acesso não autorizado;
 - e)Possibilitar a realização de testes periódicos de restauração.
- III)Bancos de Dados - Os dados do prontuário deverão ser armazenados em sistema que assegure, pelo menos, as seguintes características:
- a)Compartilhamento dos dados;
 - b)Independência entre dados e programas;
 - c)Mecanismos para garantir a integridade, controle de conformidade e validação dos dados;
 - d)Controle da estrutura física e lógica;
 - e)Linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL - Standard Query Language);
 - f)Funções de auditoria e recuperação dos dados.
- IV)Privacidade e Confidencialidade - Com o objetivo de garantir a privacidade, confidencialidade dos dados do paciente e o sigilo profissional, faz-se necessário que o sistema de informações possua mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a sua função no processo assistencial:
- a)Recomenda-se que o profissional entre pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação;
 - b)A delegação da tarefa de digitação dos dados assistenciais coletados a um profissional administrativo não exime o médico, fornecedor das informações, da sua responsabilidade desde que o profissional administrativo esteja inserindo estes dados por intermédio de sua senha de acesso;
 - c)A senha de acesso será delegada e controlada pela senha do médico a quem o profissional administrativo está subordinado;
 - d)Deve constar da trilha de auditoria quem entrou com a informação;
 - e)Todos os funcionários de áreas administrativas e técnicas que, de alguma forma, tiverem acesso aos dados do prontuário deverão assinar um termo de confidencialidade e não-divulgação, em conformidade com a norma ISO/IEC 17799.
- V)Autenticação - O sistema de informação deverá ser capaz de identificar cada usuário através de algum método de autenticação. Em se tratando de sistemas de uso local, no qual não haverá transmissão da informação para outra instituição, é obrigatória a utilização de senhas. As senhas deverão ser de no mínimo 5 caracteres, compostos por letras e números. Trocas periódicas das senhas deverão ser exigidas pelo sistema no período máximo de 60 (sessenta) dias. Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha a outro usuário, conforme preconiza a norma ISO/IEC 17799. O sistema de informações deve possibilitar a criação de perfis de usuários que permita o controle de processos do sistema.
- VI)Auditoria - O sistema de informações deverá possuir registro (log) de eventos, conforme prevê a norma ISO/IEC 17799. Estes registros devem conter:
- a)A identificação dos usuários do sistema;
 - b)Datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema;
 - c)Identidade do terminal e, quando possível, a sua localização;
 - d)Registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas;
 - e)Registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas.
 - f)Registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e na monitoração do controle de acesso.
- VII)Transmissão de Dados - Para a transmissão remota de dados identificados do prontuário, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única emitido por uma AC (Autoridade Certificadora) credenciada pelo ITI responsável pela AC Raiz da estrutura do ICP-Brasil, a fim de garantir a identidade do sistema.
- VIII)Certificação do software - A verificação do atendimento destas normas poderá ser feita através de processo de certificação do software junto ao CFM, conforme especificado a seguir.

IX) Digitalização de prontuários - Os arquivos digitais oriundos da digitalização do prontuário médico deverão ser controlados por módulo do sistema especializado que possua as seguintes características.

- a) Mecanismo próprio de captura de imagem em preto e branco e colorida independente do equipamento scanner;
- b) Base de dados própria para o armazenamento dos arquivos digitalizados;
- c) Método de indexação que permita criar um arquivamento organizado, possibilitando a pesquisa futura de maneira simples e eficiente;
- d) Mecanismo de pesquisa utilizando informações sobre os documentos, incluindo os campos de indexação e o texto contido nos documentos digitalizados, para encontrar imagens armazenadas na base de dados;
- e) Mecanismos de controle de acesso que garantam o acesso a documentos digitalizados somente por pessoas autorizadas.

CERTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A GUARDA E MANUSEIO DO PRONTUÁRIO MÉDICO

Todas as pessoas físicas, organizações ou empresas desenvolvedoras de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS deverão cumprir os seguintes passos:

- 1) Responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM: <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
- 2) O questionário remetido será analisado pelo CFM/SBIS, que emitirá um parecer inicial aprovando ou não o sistema proposto. Este parecer será enviado, via Internet, ao postulante;
- 3) Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas (sistemas de menor complexidade) deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os sistemas de gestão hospitalar ou de redes de atenção à saúde (sistemas de maior complexidade) que não possam ser enviados serão analisados "in loco" (sob a responsabilidade do CFM/SBIS);
- 4) O processo de avaliação consistirá na análise do cumprimento das normas técnicas acima elencadas. A aprovação do sistema estará condicionada ao cumprimento de todas as normas estabelecidas;
- 5) Em caso de não-aprovação do sistema, serão especificados os motivos para que as reformulações necessárias sejam encaminhadas;
- 6) Uma vez aprovado o sistema na versão analisada, além do documento de certificação o CFM e a SBIS emitirão um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema;
- 7) A tabela de custos para o processo de certificação dos sistemas de informação de prontuário eletrônico encontra-se disponível no site <http://www.cfm.org.br/certificacao>;
- 8) A certificação deverá ser revalidada a cada nova versão do sistema, seguindo os mesmos trâmites anteriormente descritos.

9. ACOMODAÇÃO

A emissão de AIH garantirá a internação em enfermarias, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos. A opção por acomodações superiores descaracteriza a internação pelo SUS.

A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistenciais, públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, a cobrança, ao paciente ou a seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

Somente em casos de Urgência/Emergência e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, poderá a Unidade Assistencial proceder a internação do paciente em acomodação especial até que ocorra vaga de enfermaria, sem cobrança adicional a qualquer título.

10. MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH

1	VERSAO ERRADA DO SISAIH01
2	AIH COM MAIS DE 84 ATOS PROFISSIONAIS
4	NUMERO DA AIH FORA DA SERIE DISTRIBUIDA
5	CPF DO MEDICO SOLICITANTE ERRADO
6	ESP DO PROCED SOLICIT DIF 21 E/OU < 31
7	PROCEDIMENTO SOLICITADO ERRADO
8	FALTA CPF DO MEDICO RESPONSAVEL
10	CPF DO MEDICO RESPONSAVEL ERRADO
11	ESP PROC AUTORIZ DIF 21 OU < 31
12	PROCED NAO PODE SER COBRADO NO CPO MED AUDIT
13	COBRANCA INDEVIDA DE FATOR COAGULACAO
14	DIARIA RN PARA PROCED DIFERENTE DE PARTO
15	DIARIA RN INCOMPATIVEL COM DIAG SECUNDARIO
16	AIH INICIAL SEM AIH DE CONTINUACAO
17	AIH DE CONTINUACAO SEM AIH INICIAL
18	AIH DE IDENTIFICACAO 5 COM CONTINUACAO
19	AIH DE IDENT 5 PARA ESP DIFER DE PS/PFT
20	IDENTIFICACAO DIFER DE 1, 3 E 5
21	FALTA CPF DO MEDICO SOLICITANTE
22	NUM DE DIARIAS RN SUPERIOR AO PERMITIDO
23	MUDANCA DE PROCEDIMENTO NAO EFETUADA
24	ESTE CODIGO NAO PODE MUDAR PROCEDIMENTO
25	PROCED AUTORIZ INCOMPATIVEL C/REALIZ /ERRADA
26	NUM APLIC NUT PARENTERAL > DIAS INTER
27	NUM APLIC QUIMIOTERAPIA > DIAS INTER
28	LIM CICLOSPORINA SUPERIOR PERMITIDO
29	LIM QUIMIOTERAPIA SUPERIOR PERMITIDO
30	AIDS SO PERMITE A COBRANCA DE 4 GRUPOS
31	TOTAL DE DIAS DE UTI/UI ACIMA DO PERMITIDO
32	TOTAL DE DIAS DE UTI ERRADO
33	TOT UTI + ACOMP > QUE PERIODO DE INTERNACAO
34	COBRANCA DE UTI/UI INDEVIDA
35	ESPECIALID 5 NAO PERMITE COBRANCA DE UTI/UI
36	ACOMP INCOMPATIVEL COM ESPECIALIDADE
37	DIARIA DE ACOMP/IDOSO > TEMPO DE INTERNACAO
38	CPF DO AUDITOR UTI/ACOMP ERRADO
39	TMO NAO PERMITE COBRANCA: CAMPO MED AUDIT/UI
40	AIH INICIAL S/COBRANCA DE SERVICOS PROF
41	PSIQUIATRIA NAO PERMITE OPM
42	TIPO DO PROFISSIONAL INCOMP COM ESPECIALIDADE
43	PROC NAO PERMITE COBRANCA DE OPM/HEMOTERAPIA
44	FALTA CPF/CGC DO PROFISSIONAL
45	CPF/CGC DO PROFISSIONAL ERRADO
46	SO HOSP PODE COBRAR ESTE TIPO
47	PROFISSIONAL NAO CADASTRADO

48	CGC NAO E FORNECEDOR DE OPM
49	CGC NAO E BANCO DE SANGUE
50	CGC DO PROFISSIONAL INCOMPATIVEL COM ATO
51	CARACTER DE INTERNACAO ERRADO
52	FALTA ATO PROFISSIONAL
53	ATO PROFISSIONAL ERRADO
54	ATO PROF DE PEDIATRIA EFETUADA EM ADULTO
55	CODIGO NAO PODE SER ATO PROFISSIONAL
56	PSIQUIATRIA SO PODE ATO GRUPO
57	ESP 4 SO COM CODIGO PROPRIO/CONSULTA
58	TIPO INCOMPATIVEL ATO PROFISSIONAL (OPM)
59	ATO PROFISSIONAL INCOMPATIVEL COM TIPO
60	DATA DA EMISSAO ERRADA
61	NUMERO DE LINHAS PREENCH DIFER LINHAS DIGIT
62	TIPO DO ATO INCOMP PARA PESSOA JURIDICA
63	TIPO DO ATO ERRADO
64	TIPO DO ATO INCOMPATIVEL COM ATO PROFISSIONAL
65	ESP 4 E 5 SO PODEM TIPO ATO 07
66	PROF 4 SO PODE TIPO ATO MENOR 08
67	TIPO ATO INCOMPATIVEL COM TIPO
68	QUANTIDADE ATO ERRADO
69	SERV PROFISSIONAL COM CAMPO ZERADO
70	FALTA CPF DIRETOR CLINICO
71	UTI/UI MES INICIAL ERRADO
72	PROCEDIMENTO REALIZADO ERRADO
73	PROCED REALIZADO DIFERENTE DO SOLICIT/AUTORIZ
74	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/ESPECIALIDADE
75	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/IDADE
76	TRAT AIDS SO COM CODIGO 70.000.00-0
77	DATA DA INTERNACAO ERRADA
78	DATA DA INTERNACAO > DATA DA SAIDA
79	DATA DA INTERNACAO ANTERIOR A DATA DE NASCIM
80	AIH DE PSQ/FPT COM PRAZO VENCIDO
81	DATA DA SAIDA ERRADA
82	DATA DA SAIDA > DATA APRESENTACAO
83	PERMANENCIA MEIO DE MES EM ESP 4 OU 5
84	TEMPO DE PERMANENCIA MAIOR QUE PERMITIDO
85	FALTA DIAGNOSTICO PRINCIPAL
86	DIAGNOSTICO PRINCIPAL ERRADO
87	COBRANCA ERRADA
88	COBRANCA DE PERMANENCIA EM OBST / CAPS
89	COBRANCA DE PERM POR PERIODO < 20 DIAS
90	VERSAO ERRADA DO PROGRAMA DE ENTRADA
91	VERSAO ERRADA DO PROGRAMA DE CONVERSAO
92	VERSAO ERRADA DO PROGR DE ENTRADA/CONVERSAO
93	TEMPO MAIOR QUE PERMITIDO NA AIH 1 ESP 4/5
94	ESPECIALIDADE ERRADA
95	COBRANCA INDEVIDA DIARIA DE RECEM NATO

96	PERM A MAIOR SUPERIOR AO PERMITIDO
97	PROCEDIMENTO AUTORIZADO NAO CADASTRADO
98	UTI/UI MES ANTERIOR ERRADO
99	COBRANCA INDEVIDA DE PERM MAIOR
100	COBRANCA UTI/UI INDEVIDA: HOSPITAL SEM LEITOS
102	COBROU DIARIA ACOMP P/HOSP NAO FILANTR/CONTR
103	TEMPO PERMANENCIA MAIOR QUE PERMITIDO - TMO
104	PROCED REALIZADO NAO CONSTA TABELA PROCED
105	ATO PROFISSIONAL NAO CADASTRADO
106	HOSPITAL NAO CADASTRADO
107	HOSPITAL BLOQUEADO
108	HOSPITAL EXCLUIDO
109	UTI/UI MES ALTA ERRADO
110	HOSPITAL NAO CADASTRADO NA ESPECIALIDADE
111	TRANSPLANTE RENAL PARA HOSP NAO CADASTRADO
112	HOSPITAL NAO CADASTRADO NO SIPAC-TMO
113	HOSPITAL NAO CADASTRADO NO SIPAC-CANCER
114	HOSPITAL NAO CADASTRADO NO SIPAC-OFTALMO
115	HOSPITAL NAO CADASTRADO NO SIPAC-AIDS
116	TIPO ERRADO
117	NATUREZA DO HOSPITAL ERRADA
118	LONGA PERMANENCIA P/AIH1 NAO APRESENTADA
119	AIH PAGA EM OUTRO PROCESS. E/OU FORA DE FAIXA
120	CGC HOSPITAL DA AIH1 DIFERENTE CGC AIH5
121	ESPECIALIDADE DA AIH 5 DIFERENTE DA AIH 1
122	DATA DA INTERNACAO DA AIH 5 DIFER DA AIH 1
123	COBRANCA INDEVIDA DE LONGA PERMANENCIA
124	TAXA DE OCUPACAO DE UTI > LIMITE
125	COD OPM/ATO PROF NAO CADASTRADO
126	MATERIAL INCOMPATIVEL COM PROCED REALIZADO
127	SIPAC-CARDIOVASCULAR INCOMPATIVEL
128	SIPAC-ORTOPEDICO INCOMPATIVEL
129	QUANTIDADE MATERIAL SUPERIOR AO PERMITIDO
130	AIH PAGA NESTE PROCESSAMENTO
131	DIAGNOSTICO SECUNDARIO ERRADO
132	PROCED ESP. EXCEDE LIM. - CPO. MED. AUDITOR
133	CIRURGIA MULTIPLA - COBRANCA INDEVIDA
134	ESTUDO ELETROFISIOLOGICO NAO AUTORIZADO
135	HOSPITAL NAO E TIPO IX (PSQ)
136	IMPLANTE DENTARIO NAO AUTORIZADO
137	NUM DIARIAS SUPERIOR CAPACIDADE INSTALADA
138	USO INDEVIDO DE MATERIAL (OPM)
139	HOSP PUB/HUE NAO PODE COBRAR TIPO 7/8
140	DATA SAIDA > COMPETENCIA DO PROCESSAMENTO
141	HOSP PUB/HUE NAO PODE TER TIPO 7/8
142	PSQ HOSP/DIA GERAL, CAPS NAO PERMITEM AIH 5
143	HOSP NAO CAD. PSQ IV
144	HOSP NAO CAD. P/ PROCED LABIO-PALATAIS

145	HOSP SEM AUTORIZACAO P/ REALIZAR PROCED
146	HOSP NAO CAD SIPAC TRANSP FIGADO
147	HOSP NAO CAD SIPAC TRANSP PULMAO
148	HOSP NAO CAD SIPAC TRASP CORACAO
149	DIAGNOSTICO SECUNDARIO ERRADO
150	PROCEDIMENTO EXIGE CADASTRO NO SIPAC
151	PSQ/FPT NAO ADMITE PERM MAIOR
152	PROCED INCOMPATIVEL COM TIPO DO SIPAC-CV
153	ESP/PROCED NAO PERMITE COBR CPO MED AUDITOR
154	TRATAMENTO EPILEPSIA SO PERMITE TIPO 3/4
155	EPILEPSIA NAO PERMITE UTI/UI/SANGUE/OPM/CMA
156	HOSP. NAO CADASTRADO SIPAC EPILEPSIA
157	PROCED SOLICITADO NAO PERMITE MUDANCA DE PROC
158	COBRANCA DE UTI INDEVIDA
159	CPF DO DIRETOR CLINICO ERRADO
160	FALTA PROCEDIMENTO REALIZADO
161	DATA DA INTER SUPERIOR A 15 DIAS DA EMIS
162	QTD ATOS > TEMPO DE INTERNACAO - HOSP DIA
163	AIH SO PERMITE COBRANCA DE REABILIT. VISUAL
164	ATO PROFISSIONAL NAO E DE HOSP. DIA
165	FALTA PROC AUT P/31000002/39000001/70000000
166	ESPEC SO PERMITE TIPO ATO=7 OU 19
167	ATO PROF DIFERENTE DO REALIZ/AUTORIZ
168	NOTA FISCAL OPM NAO INFORMADA
169	COBRANCA DE OPM P/CGC DIF DO HOSPITAL
170	TOTAL DE UTI+UI MAIOR QUE PERIODO DE INTERN
171	COBRANCA DE ATEND RECEM-NATO P/ COD DIF PARTO
172	HOSPITAL PERTENCE MUNICIPIO EM GESTAO PLENA
173	PROFISSIONAL BLOQUEADO
174	PROCED REALIZ/AUTORIZ INCOMP C/SEXO
175	AIH BLOQUEADA PELO GESTOR DO SUS
176	AIH C/ VALOR IGUAL ZERO - PORTARIA 38 DE 17/5
177	HOSPITAL C/ CEP OU UF OU MUNICIPIO INVALIDO
178	AIH SEM LANC SP NOS ATOS PROF
179	TEMPO PERM INCOMPATIVEL C/ PROCED REALIZADO
180	DIAG PRINCIPAL (CID) INCOMPATIVEL C/ SEXO
181	ATO CLINICO DIFERENTE DE CONSULTA
182	MESMO CPF P/ CIRURG/ANEST/AUX CIRURG
183	MESMO CPF P/ MAIS DE UM AUXILIO CIRURGICO
184	CIRURGIA - QTDE ATOS PROF MAIOR QUE PERMITIDO
185	CIR MULT/POLI NAO LANCADO NOS ATOS MEDICOS
186	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/ ATO MEDICO
187	ALTA NAO PODE SER DADA DIRETO DA UTI
188	PROC REALIZADO INCOMPATIVEL C/ FAIXA ETARIA
189	HOSP NAO PERTENCE MUNICIPIO EM GESTAO PLENA
190	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO COLUNA
191	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO QUADRIL
192	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO JOELHO

193	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO MAO
194	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO OMBRO
195	HOSP NAO PERTENCE A SIPAC-ORTO TUM OSSEO
196	HOSP NAO E AMIGO DA CRIANCA
197	SIPAC CANCER INCOMPATIVEL C/ MATERIAL
198	TIPO INVALIDO
199	DATA DE EMISSAO INVALIDA
200	HOSPITAL PERTENCE ESTADO EM GESTAO PLENA
201	HOSP NAO PERTENCE ESTADO EM GESTAO PLENA
202	QUANTIDADE DO ATO SUPERIOR AO LIMITE
203	ESTADO PAC. = ESTADO HOSP -ALTA COMPLEX
204	COBRANCA UTI/UI MES INIC < INTERNACAO
205	COBRANCA UTI/UI MES ANT < INTERNACAO
206	COBRANCA UTI NOVA DE FORMA INDEVIDA
207	PROCEDIMENTO REPETIDO NO CAMPO MED AUD
208	PROCED NAO ESTA NA LISTA ALTA COMPLEX
209	HOSP NAO AUTORIZADO P/ COBRAR URG/EMERG
210	PROCED NAO AUTORIZ P/ COBRAR URG/EMERG
211	MEDICAMENTO COBRADO DE FORMA INDEVIDA
212	COBR INDEVIDA DE DIARIA ACOMP P/ IDOSO
213	DIARIA ACOMP IDOSO: PACIENTE < 60 ANOS
214	HOSP NAO RECADASTRADO P/ FCES
215	COD 31803016 INCOMP COM PROCED REALIZ.
216	HOSP PUB/HUE NAO PODE COBRAR OPM P/ TERCEIROS
217	PACIENTE > 1 ANO NAO PODE COBRAR UTI-NEO
218	TAXA DE OCUPACAO DE LEITOS DE UI > LIMITE
219	CEP PACIENTE NAO PODE SER GENERICO
220	ALTA ANTERIOR A 6 MESES DO PROCESSAMENTO
221	VERSAO DO SGAIH ERRADA
223	AIH DE HOMONIMO BLOQUEADA PELO GESTOR
224	PARTO C/ CPO INSCRICAO PRENATAL ZERADO
225	AIH FORA DA FAIXA DO ESTADO
226	MATERIAIS DE OPM EXCLUDENTES
227	INCENTIVO REG CIVIL NASC SEM CERTIDAO
228	HOSP/MANT SEM CONTA CORR E/OU AG BANC (CNES)
229	MANTENEDORA NAO CADASTRADA (CNES)
230	HOSP/MANT C/ CONTA E/OU AGENC INVALIDA (CNES)
231	MANT C/ UF, MUNICIPIO OU CEP EM BRANCO(CNES)
232	TERC C/ MUNICIPO/UF/CEP EM BRANCO (CNES)
233	TERC C/ AG BANC/CONTA CORR INVALIDA
234	NATUREZA MOVIMENTO DIFERENTE DA DO CADASTRO
235	PROCEDIMENTO INCOMP C/ CARATER INTERNACAO
236	AIH BLOQUEADA POR AUTORIZADOR NAO CADASTRADO

11. ESTRUTURAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SIH-SUS

A Tabela de Procedimentos do SIH/SUS é composta de códigos, divididos em duas partes.

O código básico é estruturado com 08 dígitos, sendo um deles o dígito verificador.

O código básico é subdividido da seguinte forma:

XX-YYY-ZZ-D

XX => indica a especialidade

YYY => indica o procedimento

ZZ => indica o órgão ou região anatômica

D => dígito verificador

O terceiro dígito do código básico indica o seguinte:

31.103.05-7	1- grupo	cirurgia de Bexiga V
40..203.01-8	2- Proc em serv especializado de neurocirurgia	Cranioplastia
74.300.27-0	3- procedimento em criança	Entero Infecção em Pediatria
76.400.27-1	4- procedimento em lactente	Entero Infecção em Lactente
74.500.25-2	5-procedimento em adulto	Entero Infecção em Clínica Médica
34.710.03-5	7-procedimento oncológico	Histerectomia total
46.800.01-8	8- transplante	Transplante de Coração

O dígito tem a função de verificar se o código foi corretamente transcrito ou se houve erro ou troca de algarismos ou posições.

12. SIPAC – Códigos de SIPAC

SIPAC_011 Implante de marcapasso definitivo	SIPAC_216 Cuidados prolongados AIDS
SIPAC_012 Cirurgia cardíaca	SIPAC_217 Cuidados prolongados causas externas
SIPAC_013 Lab. eletrofisiológico e terapia intervencionista	SIPAC_220 Procedimentos geriátricos
SIPAC_020 Transplante renal, Pâncreas e simultâneo Rim e Pâncreas	SIPAC_230 Hospital hora
SIPAC_031 Ortopedia coluna	SIPAC_240 Centro de Referência e Assistência a Saúde do Idoso
SIPAC_032 Ortopedia ombro	SIPAC_250 Parto por enfermeiro obstetra
SIPAC_033 Ortopedia mão	SIPAC_261 Neurocirurgia
SIPAC_034 Ortopedia quadril	SIPAC_262 Neurocirurgia II
SIPAC_035 Ortopedia joelho	SIPAC_263 Neurocirurgia III
SIPAC_036 Ortopedia tumor ósseo	SIPAC_270 Atendimento de urgência e emergência não mais em efeito
SIPAC_037 Outras Ortopedias	SIPAC_271 Atendimento de urgência e emergência I
SIPAC_040 Estudo eletrofisiológico não mais em efeito	SIPAC_272 Atendimento de urgência e emergência II
SIPAC_050 Oftalmologia	SIPAC_273 Atendimento de urgência e emergência III
SIPAC_060 Câncer	SIPAC_280 UTI especializada

SIPAC_070 Implante dentário	SIPAC_290 Gestante de alto risco
SIPAC_081 Tratamento de AIDS	SIPAC_300 Estado em Gestão Plena.
SIPAC_082 AIDS/DiaTratamento de AIDS	SIPAC_310 Acompanhamento pós transplante (É em ambulatório) nos transplante código Deverá ser
SIPAC_090 Psiquiatria III	SIPAC_320 Busca ativa de órgãos
SIPAC_100 Transplante de medula óssea não mais em efeito	SIPAC_330 Gastroplastia
SIPAC_101 Transplante de medula óssea autogênico	SIPAC_340 Implante coclear
SIPAC_102 Transplante de medula óssea alogênico	SIPAC_350 Traumas térmicos
SIPAC_110 Transplante de fígado	SIPAC_351 – Queimados de média complexidade
SIPAC_120 Transplante de pulmão	SIPAC_352 – Queimados de alta complexidade
SIPAC_130 Transplante do coração	SIPAC_360 Nutrição enteral
SIPAC_140 Psiquiatria IV	SIPAC_370 Fibrose Cística
SIPAC_150 Palatolabial	SIPAC_380 Hospital-Dia Cirúrgia
SIPAC_160 Epilepsia	SIPAC_390 Osteogenese Imperfecta
SIPAC_170 Hospital Amigo da	SIPAC_400 – Dor crônica.
SIPAC_180 Videolaparoscopia	SIPAC_410 – Centro de Atenção Psico social.
SIPAC_190 Esterilização	SIPAC_420 – Internação Domiciliar
SIPAC_200 Município em Gestão Plena	SIPAC_440 – Não gerar média complexidade.
SIPAC_211 Cuidados prolongados cardiovascular	SIPAC_460 – Hospital isento.
SIPAC_212 Cuidados prolongados pneumológico	SIPAC_470 – Com desconto de Cofins
SIPAC_213 Cuidados prolongados neurológico	SIPAC_480 – Hospital Universitário
SIPAC_214 Cuidados prolongados osteomuscular e tecido conjuntivo	SIPAC_490 – Hospital Universitário com FIDEPS.
SIPAC_215 Cuidados prolongados oncológico	SIPAC_5001 a 5014 – Classificação dos Hospitais Psiquiátricos.
	SIPAC_510 – Hospital psiquiátrico com incentivo.

13. COMPATIBILIDADE CID X PROCEDIMENTO

Na Portaria SAS/MS 579/2001 de 20/12/2001, foi aprovada a Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal informado, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10^o revisão. O SISAIH01 – programa de entrada de dados do Datasus fará a crítica quanto a compatibilidade entre procedimento e CID 10^o revisão.

14. AUDITORIA

Devido a importância do assunto reproduzimos a resolução abaixo:

RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001, 08/02/01

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto nº 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único – É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 – Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 – É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 – O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 – Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 – Fica revogada a Resolução CFM nº 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

15. TIPO DE PRESTADOR /NATUREZA

Portaria SAS/MS nº 176/2003 altera o tipo de prestador/natureza de estabelecimento de saúde cadastro nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS), na forma a seguir descrita, a fim de adequar as normas vigentes da Receita Federal, e do Cadastro Nacional de estabelecimento de Saúde – CNES,:

FCA		FCES			
cód	Tipo Prestador / Natureza	cód	Esfera	cód	Retenção
20	Privado com fins lucrativos	4	Privada	14	Estabelecimento privado lucrativo - pessoa jurídica
				16	Estabelecimento privado lucrativo - pessoa física
22	Privado optante pelo SIMPLES	4	Privada	13	Estabelecimento privado lucrativo (SIMPLES)
30	Público Federal	1	Federal	10	Estabelecimento público
40	Público Estadual	2	Estadua l	10	Estabelecimento público
50	Público Municipal	3	Municip al	10	Estabelecimento público
60	Privado sem fins lucrativos	4	Privada	12	Estabelecimento sem fins lucrativos
61	Filantrópico com CNAS* válido	4	Privada	11	Estabelecimento filantrópico
80	Sindicato	4	Privada	15	Estabelecimento sindical