

Portaria n.º 44/GM Em 10 de janeiro de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e ambulatorial no âmbito da saúde mental;

Considerando a Portaria SAS/MS n.º 130, de 03 de agosto de 1994, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento em regime de Hospital Dia ao paciente portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/AIDS;

Considerando a Portaria SAS/MS n.º 119, de 12 de julho de 1996, que altera a forma de cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS e Psiquiatria;

Considerando a Portaria GM/MS n.º 2.414, de 23 de março de 1998, que estabelece diretrizes e normas para atendimento em regime de Hospital Dia em geriatria;

Considerando a Portaria GM/MS n.º 1.317, de 30 de novembro de 2000, que estabelece diretrizes e normas para atendimento em regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros precursores hematopoiéticos;

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.363/93, de 12 de março de 1993 que estabelece condições mínimas de segurança para a prática da anestesia;

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.409/94, de 08 de junho de 1994 que regulamenta a prática de cirurgia ambulatorial;

Considerando a necessidade de padronizar o atendimento em regime de Hospital Dia, estabelecendo parâmetros operacionais para todo o território nacional, ressalvadas às características de cada patologia;

Considerando o avanço de técnicas cirúrgicas e anestésicas que permitem a realização de procedimentos cirúrgicos em ambiente hospitalar sem necessidade de internação do paciente, e

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para realização de procedimentos cirúrgicos em regime de Hospital Dia, resolve:

Art. 1º Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia.

Art. 2º Definir 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.

Art. 3º Estabelecer que para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Assistência à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo:

I – Condições Gerais da Unidade:

1 - Recepção com Sala de Espera;

2 - Vestiário Masculino e Feminino;

3 - Sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários;

4 - Oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade;

5 - Equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes;

6 - Garantir vaga na própria Unidade de Saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras Unidades Hospitalares mais complexas ou Unidade de Tratamento Intensivo, quando não possuir;

7 - Garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações;

8 - Obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94.

II – Condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime 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.

III – Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental:

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.

IV– Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia – AIDS:

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.

V– Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia – Geriatria:

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.

VI - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística:

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.

VII - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercâmbios 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 fluidos.

Art. 4º Estabelecer os seguintes 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.

Art. 5º Estabelecer os seguintes 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.

Art. 6º Estabelecer os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

- 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 ingerir 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.

Art. 7º Estabelecer as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia:

I – Atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental:

- 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.

II – Atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS:

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.

III – Atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria:

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.

IV – Atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística:

1 - Incluir na Tabela de procedimentos do SIH/SUS o grupo de procedimento e seus procedimentos:

91.100.15.5 – Atendimento em regime de Hospital Dia – Fibrose Cística

91.300.30.1 – Atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose cística (pediatria)

| SH | SP | SADT | Total | Ato Med | Anest | Perm | F.Etária |
|-------|-------|------|-------|---------|-------|------|----------|
| 32,18 | 16,09 | 5,36 | 53,63 | 18 | 00 | 00 | 00 - 16 |

91.500.30.3 - Atendimento em regime de Hospital Dia Fibrose cística (adulto)

| SH | SP | SADT | Total | Ato Med | Anest | Perm | F.Etária |
|-------|-------|------|-------|---------|-------|------|----------|
| 32,18 | 16,09 | 5,36 | 53,63 | 18 | 00 | 00 | 16 - 99 |

2 - 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;

3 - 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;

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

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

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

V – Atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

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.

VI – Atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos:

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.

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.

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 AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

Art. 8º DISPOSIÇÕES GERAIS:

1 - As Unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área.

2 - A Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade.

Art. 9º Estabelecer que ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS.

Art. 10. Determinar a exclusão na Tabela do SIH/SUS dos grupos e procedimentos constantes da Portaria GM/MS n.º 2415/98, referentes a Atendimento em regime de Hospital Dia I, II, III, IV, V.

Art. 11. Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde, que efetue a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência março de 2001, revogando-se às disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO

| CODIGO | PROCEDIMENTO |
|----------|--|
| 31001050 | Biopsia da prostata |
| 31001084 | Epididimo Deferente Neostomia |
| 31001092 | Espermatoclectomia |
| 31002048 | Extirpacao De Glandula De Cowper |
| 31002056 | Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico |
| 31002064 | Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal |
| 31002072 | Tratamento cirurgico da hidrocele |
| 31002080 | Epididimectomia |
| 31002099 | Exerese de cisto do cordao espermatico |
| 31003060 | Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal |
| 31003079 | Tratamento cirurgico da varicocele |
| 31003095 | Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico |
| 31004067 | Plastica da bolsa escrotal |
| 31004075 | Orquiectomia unilateral |
| 31004083 | Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar |
| 31005047 | Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral |
| 31005063 | Resseccao parcial da bolsa escrotal |
| 31005071 | Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar |
| 31005080 | Exerese de cisto do epididimo |
| 31005098 | Vasectomia Parcial Ou Completa |
| 31007040 | Resseccao da caruncula uretral |
| 31008046 | Resseccao de prolapso da mucosa da uretra |
| 31009077 | Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo |
| 31013031 | Tratamento Cirurgico Da Cistocele |
| 31014046 | Uretroplastia (Resseccao De Corda) |
| 31018041 | Meatotomia |
| 32001010 | Biopsia Do Miocardio |
| 32002033 | Biopsia Do Conduto Linfatico |
| 32003030 | Exerese de ganglio linfatico |
| 32004036 | Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico |
| 32005016 | Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo |
| 32013019 | Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo) |
| 32013035 | Biopsia Pre-Escalenica |
| 32014015 | Marcapasso Cardiaco (Epicardico) |
| 32015011 | Marcapasso Cardiaco (Intracavitario) |
| 32030010 | Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico) |
| 32031017 | Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico |
| 32033010 | Cardioversor Desfibrilador – Troca De Gerador |
| 32042043 | Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral |
| 32043040 | Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral |
| 32044046 | Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral |
| 32045042 | Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral |
| 32046049 | Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral |
| 32047045 | Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral |
| 32056044 | Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel |
| 32057040 | Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel |
| 33001057 | Biopsia Do Estomago Via Laparotomia |
| 33002029 | Excisao De Glandula Sublingual |
| 33002070 | Esfincteroplastia anal |
| 33003025 | Excisao de glandula submaxilar |
| 33003076 | Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal |

| | |
|----------|---|
| 33004021 | Excisao de ranula |
| 33004072 | Exerese de malformacao anal |
| 33005028 | Excisao de tumor de glandula parotida |
| 33005079 | Fistulectomia Anal |
| 33005117 | Herniorrafia crural (unilateral) |
| 33006016 | Resseccao De Lesao Maligna |
| 33006024 | Excisao de tumor de glandula sublingual |
| 33006032 | Excisao De Lesao Localizada |
| 33006075 | Esfincterotomia Anal |
| 33006113 | Herniorrafia crural (bilateral) |
| 33007020 | Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar |
| 33007071 | Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal |
| 33008078 | Incisao e drenagem de abscesso anal |
| 33009082 | Biopsia Do Fgado Por Laparotomia |
| 33009112 | Herniorrafia epigastrica |
| 33010021 | Incisao e drenagem de abscesso da parotida |
| 33010072 | Plastica anal externa |
| 33010110 | Herniorrafia Incisional |
| 33011117 | Herniorrafia inguinal (unilateral) |
| 33012113 | Herniorrafia inguinal (bilateral) |
| 33013071 | Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus |
| 33014027 | Extirpacao da glandula salivar |
| 33014078 | Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso |
| 33014116 | Herniorrafia recidivante |
| 33015082 | Colecistectomia Videolaparoscopica |
| 33015112 | Herniorrafia umbilical |
| 33016070 | Incisao de lesao anal |
| 33017077 | Criptectomia uni ou multipla |
| 33018073 | Excisao de papila hemorroidaria |
| 33023077 | Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal |
| 33023115 | Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular) |
| 33024073 | Fissurectomia com ou sem esfinterectomia |
| 33025118 | Herniorrafia inguinal videolaparoscopica |
| 33026114 | Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica |
| 33027072 | Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa |
| 33027110 | Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica |
| 33028117 | Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia |
| 33030073 | Hemorroidectomia |
| 33044074 | Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal |
| 33045062 | Enterorrafia videolaparoscopica |
| 33045070 | Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal |
| 34001018 | Bartolinetomia |
| 34003045 | Salpingectomia videolaparoscopica |
| 34004025 | Colpoperineocleise |
| 34004041 | Salpingoplastia Videolaparoscopica |
| 34005013 | Marsupializacao de glandula de Bartholin |
| 34005021 | Colpoperineorrafia Nao Obstetrica |
| 34005030 | Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino |
| 34007016 | Vulvectomy Simples |
| 34008012 | Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas |
| 34008039 | Extirpacao de polipo uterino |
| 34009019 | Alargamento da entrada vaginal |
| 34010017 | Exerese de glandula de Skene |
| 34011013 | Episioperineorrafia nao obstetrica |
| 34018026 | Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica |
| 34020020 | Exerese de cisto vaginal |

| | |
|----------|---|
| 34020039 | Curetagem uterina por mola hidatiforme |
| 35014016 | Curetagem pos aborto |
| 35016019 | Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto |
| 35018011 | Cerclagem do colo uterino |
| 35019018 | Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico |
| 36001015 | Cirurgia do pterigio |
| 36001023 | Cauterizacao da cornea |
| 36001040 | Capsulectomia do cristalino |
| 36001058 | Retirada De Cisticerco Intra-Ocular |
| 36001066 | Sutura de esclera |
| 36001074 | Enucleacao do globo ocular |
| 36001082 | Ciclodialise |
| 36001104 | Retinopexia primaria |
| 36001112 | Tratamento cirurgico do estrabismo |
| 36001120 | Dacriocistorrinostomia |
| 36002011 | Exerese de tumor de conjuntiva |
| 36002020 | Ceratectomia superficial |
| 36002038 | Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho |
| 36002054 | Retirada De Corpo Estranho Intravitreo |
| 36002070 | Evisceracao do globo ocular |
| 36002089 | Ciclodiatemia |
| 36002097 | Exerese de calazio |
| 36002100 | Endofotocoagulacao a laser |
| 36002119 | Exenteracao De Orbita |
| 36002127 | Extirpacao de glandula lacrimal |
| 36003018 | Sutura de conjuntiva |
| 36003034 | Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma |
| 36003050 | Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63) |
| 36003069 | Biopsia da esclera |
| 36003093 | Simblefaroplastia |
| 36003115 | Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular |
| 36003123 | Extirpacao do saco lacrimal |
| 36004014 | Restituicao de cavidade |
| 36004022 | Retirada de corpo estranho da cornea |
| 36004049 | Facetomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular |
| 36004057 | Vitrectomia anterior |
| 36004065 | Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera |
| 36004073 | Crioterapia De Tumores Intra-Oculares |
| 36004103 | Crio-retinopexia |
| 36004111 | Orbitotomia |
| 36005010 | Biopsia da conjuntiva |
| 36005029 | Recobrimento conjuntival |
| 36005061 | Transplante de esclera |
| 36005088 | Iridectomia cirurgica |
| 36005096 | Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio |
| 36005100 | Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao |
| 36005126 | Drenagem de abscesso lacrimal |
| 36006017 | Restituicao de fornix conjuntival |
| 36006025 | Sutura de cornea |
| 36006068 | Introflexao escleral |
| 36006114 | Restituicao Da Parede Da Orbita |
| 36006122 | Canaliculotomia |
| 36007021 | Implante Interlamelar De Cornea |
| 36007048 | Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular |
| 36007064 | Transplante De Periosteo Em Escleromalacia |
| 36007099 | Tratamento da ptose e coloboma de palpebra |

| | |
|----------|--|
| 36007110 | Biopsia de tumor extra-ocular |
| 36007129 | Oclusao de ponto lacrimal |
| 36008060 | Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa |
| 36008087 | Tratamento cirurgico da hernia de iris |
| 36008095 | Cirurgia da triquiase |
| 36008117 | Injecao retrobulbar ou peribulbar |
| 36008125 | Sondagem das vias lacrimais |
| 36009024 | Biopsia da cornea |
| 36009067 | Implantacao de protese antiglaucomatosa |
| 36009083 | Sinequiotomia cirurgica |
| 36009113 | Desnervacao quimica |
| 36009121 | Restituicao do canal lacrimal |
| 36010022 | Transplante De Cornea |
| 36010065 | Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral |
| 36010081 | Biopsia da iris e corpo ciliar |
| 36010090 | Drenagem de abscesso palpebral |
| 36010111 | Tratamento Cirurgico De Hipertropias |
| 36011029 | Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario |
| 36011061 | Cirurgia Do Glaucoma Congenito |
| 36011096 | Miase palpebral |
| 36011118 | Descompressao Da Orbita |
| 36012025 | Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea |
| 36012084 | Trabeculotomia |
| 36012092 | Epilacao de cilios |
| 36013021 | Ceratoprotese |
| 36013099 | Sutura de palpebra |
| 36014087 | Iridociclectomia |
| 36014095 | Cirurgia do xantelasma |
| 36015024 | Transplante De Cornea Em Reoperacoes |
| 36015091 | Blefarocalase |
| 36016020 | Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas |
| 36016098 | Restituicao parcial da palpebra |
| 36017027 | Epiceratofacia |
| 36017094 | Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito |
| 36018023 | Topoplastia Do Transplante |
| 36020052 | Facetomia para implante de lente intra-ocular |
| 36701033 | Paracentese De Camara Anterior |
| 37001019 | Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente) |
| 37001035 | Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano |
| 37001051 | Osteostomia Do Maxilar Inferior |
| 37002031 | Adenoidectomia |
| 37003020 | Tratamento Cirurgico Da Rinofima |
| 37003038 | Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia |
| 37003054 | Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face |
| 37004026 | Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal - Unilateral |
| 37006029 | Cirurgia de ozena |
| 37007041 | Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho |
| 37009044 | Laringoscopia com exereses de papiloma |
| 37011030 | Amigdalectomia |
| 37011057 | Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz |
| 37012053 | Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao) |
| 37020021 | Turbinectomia |
| 37021028 | Septoplastia (desvio do septo) |
| 37023012 | Timpanoplastia (Tipo I - unilateral) |
| 38001080 | Alongamento De Columela |
| 38001101 | Tratamento cirurgico nao estetico da orelha |

| | |
|----------|--|
| 38002078 | Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao |
| 38002086 | Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal |
| 38002124 | Exerese de cisto tireoglosso |
| 38002132 | Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo |
| 38003074 | Tratamento cirurgico da polidactilia articulada |
| 38003082 | Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s) |
| 38003090 | Tratamento cirurgico do epicanto |
| 38003104 | Reconstrucao de helix da orelha |
| 38004046 | Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios |
| 38004054 | Excisao e reconstrucao total de labio |
| 38004062 | Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo |
| 38004089 | Rinoplastia reparadora nao estetica |
| 38004097 | Tratamento cirurgico do lagofalmo |
| 38004100 | Reconstrucao de lobulo da orelha |
| 38004135 | Plastica mamaria masculina (ginecomastia) |
| 38005050 | Reconstrucao do sulco gengivo labial |
| 38005077 | Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao |
| 38005107 | Reconstrucao do polo superior da orelha |
| 38005123 | Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio |
| 38006057 | Reconstrucao parcial do labio |
| 38006073 | Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso |
| 38006103 | Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios) |
| 38006111 | Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos) |
| 38007010 | Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele |
| 38007070 | Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos) |
| 38008114 | Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso |
| 38010097 | Reconstrucao total da palpebra |
| 38015013 | Exerese de cisto dermoide |
| 38023016 | Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido |
| 38703050 | Excisao Em Cunha De Labio E Sutura |
| 39001040 | Biopsia Do Omoplata |
| 39001105 | Amputacao ao nivel dos metacarpianos |
| 39001199 | Resseccao cisto sinovial |
| 39001202 | Retirada de corpo estranho intra-articular |
| 39001237 | Curetagem de tumor osseo com enxertia |
| 39002110 | Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral |
| 39002195 | Abertura de bainha tendinosa |
| 39002217 | Retirada de fio de Kirschner trans-osseo |
| 39003086 | Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraço |
| 39003108 | Amputacao do dedo (cada) |
| 39003116 | Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca |
| 39003132 | Biopsia Do Femur |
| 39003205 | Retirada de corpo estranho intra-osseo |
| 39003213 | Retirada de parafuso |
| 39004023 | Biopsia Do Corpo Vertebral |
| 39004058 | Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral |
| 39004066 | Biopsia Do Umero |
| 39004090 | Biopsia Do Punho |
| 39004180 | Miotomia |
| 39004210 | Retirada de placa e parafuso |
| 39005100 | Artrodese interfalangiana |
| 39005127 | Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral |
| 39005143 | Biopsia Do Joelho |
| 39005151 | Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna |
| 39005186 | Resseccao muscular |
| 39005216 | Retirada de pino de Steinman |

| | |
|----------|--|
| 39005232 | Resseccao Simples De Tumor Osseo |
| 39006026 | Biopsia Da Lamina Vertebral |
| 39006077 | Biopsia Do Cotovelo |
| 39006085 | Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio |
| 39006107 | Artrodese metacarpo falangiana |
| 39006212 | Retirada De Haste |
| 39006239 | Resseccao de exostose |
| 39007022 | Biopsia Do Pediculo Vertebral |
| 39007162 | Biopsia Do Tornozelo |
| 39007197 | Exploracao cirurgica de tendao |
| 39008177 | Osteotomia do(s) osso(s) do pe |
| 39010074 | Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio) |
| 39010090 | Tratamento cirurgico da síndrome do canal carpiano |
| 39010198 | Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao |
| 39011100 | Capsulectomia das articulacoes da mao |
| 39011194 | Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiões |
| 39012115 | Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve |
| 39012123 | Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central) |
| 39012174 | Tratamento cirurgico do dedo em martelo |
| 39012190 | Tenorrafia |
| 39013111 | Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve |
| 39013197 | Tenotomia |
| 39014126 | Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica) |
| 39014177 | Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao |
| 39014193 | Transposicao de tendao |
| 39017168 | Reducao incruenta da luxacao do tornozelo |
| 39018105 | Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao |
| 39018148 | Reducao incruenta da fratura do joelho |
| 39019063 | Reducao incruenta da fratura da diafise do umero |
| 39019136 | Reducao incruenta da fratura da diafise do femur |
| 39019179 | Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s) |
| 39021106 | Tratamento cirurgico do dedo em gatilho |
| 41002040 | Biopsia da tireoide |
| 42001021 | Biopsia da pleura com agulha |
| 42001030 | Traqueoscopia e exereses de papilomas |
| 42001072 | Biopsia da mama |
| 42002036 | Traqueoscopia e retirada de corpo estranho |
| 42002079 | Extirpacao de tumor ou adenoma da mama |
| 42003075 | Incisao e drenagem de abscesso da mama |
| 42004047 | Broncoscopia e exereses de papilomas |
| 42006074 | Extirpacao de mama supranumeraria |
| 44001053 | Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula |
| 44006055 | Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I |