

conforme modelos constante no Anexo IX e X desta Resolução.

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

§2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, apresentar mensalmente o relatório de procedimentos executados para fins de monitoramento orçamentário à Coordenadoria de Projetos Estratégicos, conforme modelo constante Anexo IX e X desta Resolução por meio do e-mail: ms.saude.2023@gmail.com

§3º O acompanhamento e o controle serão de responsabilidade de cada componente do Controle, Avaliação e Auditoria, conforme a gestão das unidades executoras.

Art. 12 Serão passíveis de exclusão os municípios/executoras que não seguirem os seguintes critérios:

- I - A não utilização do Sistema de regulação Estadual CORE;
- II- A não execução dos procedimentos cirúrgicos pactuados no período de 30 dias, sem justificativas;
- III- A não garantia do acompanhamento pós operatórios e possíveis intercorrências;
- IV - O não preenchimento do módulo MAPA de Leitos no sistema CORE;
- V- E o não cumprimento de critérios de Adesão da resolução;

Art. 13 A SES fará o acompanhamento e monitoramento das metas pactuadas e qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

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

Art. 14 A SES/MS poderá, a qualquer tempo e durante a vigência desta Resolução, repactuar os limites financeiros programados ou remanejá-los, para os Municípios e/ou Hospitais contratualizados e, ainda, alterar o rol de procedimentos, repactuar o fluxo de regulação, visando ao melhor cumprimento do projeto.

Parágrafo Único: Mensalmente será apresentado, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a partir do mês de junho de 2023, o desempenho dos municípios na execução dos procedimentos programados.

Art. 15 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2023.

Maurício Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

Anexo I		Anexo II	
Fonte	Valor	Fonte	Valor
Fonte do Tesouro Estadual	R\$ 45.000.000,00		

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	INCENTIVO ESTADUAL
04.02.01.004-3	CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO	
04.04.01.035-0	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 2.256,85
04.04.01.048-2	TIMPAOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 3.708,90
04.04.01.001-6	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 2.969,52
04.04.01.002-4	ADENOIDECTOMIA	R\$ 2.089,08
	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.839,42

04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.686,10
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 1.578,25
04.05.05.036-4	CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 500,00
04.07.02.024-1	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	
04.07.02.028-4	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 3.250,45
04.07.03.002-6	HEMORRHOIDECTOMIA	R\$ 1.895,64
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA	R\$ 3.478,85
04.07.04.006-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 3.465,25
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 2.799,35
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.699,60
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.130,10
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.277,55
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 2.082,15
04.07.04.013-7	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 2.174,95
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.884,75
04.07.02.027-6	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.803,30
04.07.02.021-7	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 1.270,60
04.07.04.022-6	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 863,84
	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	R\$ 1.337,67
04.09.01.018-9	CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	
04.09.03.002-3	LITOTRIPSIA	R\$ 2.382,20
04.09.04.021-5	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.006,84
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 1.284,85
04.09.05.008-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.287,80
	POSTECTOMIA	R\$ 942,22

04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 2.246,00
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 2.832,97
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 4.745,65
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 3.362,30
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 3.170,15
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 2.031,45
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 1.601,92
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 1.601,92
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 1.601,92
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	R\$ 1.603,73
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	R\$ 1.603,73
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	R\$ 2.973,40
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.548,30
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 1.656,88
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	R\$ 1.864,45
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2187,30
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2.323,05
04.10.01.007-3	CIRURGIA REPARADORA	
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA	R\$ 1.542,51
04.13.04.023-2	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	R\$ 1.351,92
	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$ 1.175,64
04.06.02.056-6	CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$2.910,20
	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$2.416,85

ANEXO III
Tabela Incentivo OPMS

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR		
		INCENTIVO ESTADUAL	OPME(R\$)	INCENTIVO TOTAL (PROC + OPME)
04.08.01.003-7	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NAO CONVENCIONAL)	R\$ 3.552,84	R\$ 2.558,62	R\$ 6.111,46
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RADIO	R\$ 1.695,96	R\$ 1.103,24	R\$ 2.799,20
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	R\$ 2.969,58	R\$ 4.769,42	R\$ 7.739,00
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 5.091,42	R\$ 21.781,62
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁICA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 9.456,00	R\$ 5.004,45	R\$ 14.460,45
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 9.121,00	R\$ 3.529,64	R\$ 12.650,64
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 9.601,62	R\$ 5.004,45	R\$ 14.606,07
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 3.907,82	R\$ 20.598,02
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 12.436,32	R\$ 5.566,50	R\$ 18.002,82
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 8.478,00	R\$ 5.193,02	R\$ 13.671,02
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 4.909,80	R\$ 21.600,00
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 4.909,80	R\$ 21.600,00
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 8.478,00	R\$ 4.815,02	R\$ 13.293,02
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 11.299,62	R\$ 5.375,76	R\$ 16.675,38
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 7.908,61	R\$ 20.906,35
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 13.812,82	R\$ 26.810,56

04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRÊS NÍVEIS	R\$ 12.997,74	R\$ 7.520,93	R\$ 20.518,67
04.08.03.023-2	ARTRODESE TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 10.333,74	R\$ 5.930,15	R\$ 16.263,89
04.08.03.024-0	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 10.321,62	R\$ 5.930,15	R\$ 16.251,77
04.08.03.025-9	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRÊS NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 5.930,15	R\$ 22.620,35
04.08.03.026-7	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 10.334,22	R\$ 3.916,71	R\$ 14.250,93
04.08.03.027-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 6.906,99	R\$ 23.597,19
04.08.03.028-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ 9.056,99	R\$ 25.747,19
04.08.03.029-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 4.991,71	R\$ 21.681,91
04.08.03.030-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.981,99	R\$ 24.672,19
04.08.03.031-3	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.287,44	R\$ 23.977,64
04.08.03.032-1	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NÍVEIS,	R\$ 16.690,20	R\$ 7.287,44	R\$ 23.977,64
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 9.811,62	R\$ 4.545,94	R\$ 14.357,56
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 9.423,96	R\$ 2.874,00	R\$ 12.297,96
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	R\$ 11.496,54	R\$ 6.759,78	R\$ 18.256,32
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 10.073,22	R\$ 20.443,06	R\$ 30.516,28
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 9.811,62	R\$ 5.847,65	R\$ 15.659,27
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 8.503,04	R\$ 7.509,56	R\$ 16.012,60
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 9.613,08	R\$ 7.413,89	R\$ 17.026,97
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 7.706,70	R\$ 13.900,00	R\$ 21.606,70

04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 9.922,38	R\$ 3.836,80	R\$ 13.759,18
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 6.929,04	R\$ 3.652,21	R\$ 10.581,25
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 3.457,12	R\$ 682,80	R\$ 4.139,92
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.038-8	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 4.588,26	R\$ -	R\$ 4.588,26
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$ 6.032,88	R\$ -	R\$ 6.032,88
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.715,52	R\$ -	R\$ 10.715,52
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATE 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 10.321,62	R\$ -	R\$ 10.321,62
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 8.058,00	R\$ -	R\$ 8.058,00
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 10.359,12	R\$ -	R\$ 10.359,12
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 10.237,62	R\$ -	R\$ 10.237,62
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 10.237,62	R\$ -	R\$ 10.237,62
04.08.03.061-5	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTE	R\$ 11.568,66	R\$ -	R\$ 11.568,66
04.08.03.062-3	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$ 9.685,44	R\$ -	R\$ 9.685,44

04.08.03.063-1	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POS	R\$ 9.672,66	R\$ -	R\$ 9.672,66
04.08.03.064-0	REVISAO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$ 8.478,00	R\$ -	R\$ 8.478,00
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 16.690,20	R\$ -	R\$ 16.690,20
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 4.631,12	R\$ -	R\$ 4.631,12
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 6.408,72	R\$ -	R\$ 6.408,72
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 7.209,81	R\$ -	R\$ 7.209,81
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	R\$ 2.756,16	R\$ -	R\$ 2.756,16
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	R\$ 2.147,36	R\$ -	R\$ 2.147,36
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 2.147,36	R\$ -	R\$ 2.147,36
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	R\$ 2.272,48	R\$ -	R\$ 2.272,48
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	R\$ 2.067,12	R\$ -	R\$ 2.067,12
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 4.631,12	R\$ -	R\$ 4.631,12
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 2.658,08	R\$ -	R\$ 2.658,08
04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 1.376,40	R\$ -	R\$ 1.376,40
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$ 1.647,28	R\$ -	R\$ 1.647,28
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	R\$ 1.801,28	R\$ -	R\$ 1.801,28
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$ 1.200,00	R\$ -	R\$ 1.200,00
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 2.957,50	R\$ -	R\$ 2.957,50

ARTROPLASTIA DE PUNHO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO

R\$ 1.478,58

R\$ -

R\$ 1.478,58

R\$ 1.446,90

R\$ -

R\$ 1.446,90

Anexo IV

Número de Ordem	Código do Procedimento SIGTAP	Forma de Registro	Procedimentos	Valor Incentivo Estadual
1	02.06.01.001-0	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
2	02.06.01.002-8	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 202,20
3	02.06.01.003-6	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,52
4	02.06.01.004-4	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
5	02.06.01.005-2	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
6	02.06.01.007-9	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 194,88
7	02.06.01.008-7	BPA (Individualizado)	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 277,26
8	02.06.02.001-5	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
9	02.06.02.002-3	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
10	02.06.02.003-1	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 272,82
11	02.06.03.001-0	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 277,26
12	02.06.03.002-9	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 173,50
13	02.06.03.003-7	BPA (Individualizado)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 277,26
14	02.07.01.001-3	BPA (Individualizado)	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 537,50
15	02.07.01.002-1	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 537,50
16	02.07.01.003-0	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 537,50
17	02.07.01.0048	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 537,50

18	02.07.01.005-6	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 537,50
19	02.07.01.006-4	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 537,50
20	02.07.01.007-2	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 537,50
21	02.07.02.001-9	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	R\$ 722,50
22	02.07.02.002-7	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 537,50
23	02.07.02.003-5	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 537,50
24	02.07.03.001-4	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 537,50
25	02.07.03.002-2	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 537,50
26	02.07.03.003-0	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 537,50
27	02.07.03.004-9	BPA (Individualizado)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 537,50
28	02.08.01.002-5	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 817,04
29	02.08.01.003-3	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 766,14
30	02.08.03.001-8	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 649,08
31	02.08.03.002-6	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 154,56
32	02.08.03.004-2	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 677,40
33	02.08.04.005-6	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 266,06
34	02.08.04.010-2	BPA (Individualizado)	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/DIURÉTICO	R\$ 330,48
35	02.08.05.001-9	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 360,64
36	02.08.05.003-5	BPA (Individualizado)	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 381,98
37	02.09.04.001-7	BPA (Individualizado)	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 72,04
38	02.09.04.002-5	BPA (Individualizado)	LARINGOSCOPIA	R\$ 94,28
39	02.11.02.003-6	BPA (Individualizado)	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 10,30
40	02.05.01.003-2	BPA (Individualizado)	ECOCARDIOGRAFIA TRANSORACICA	R\$ 79,88



GOVERNO DE
Mato Grosso
do Sul

DOCUMENTO
ASSINADO
ELECTRONICAMENTE

41	02.05.01.004-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 79,20
42	02.04.06.002-8	BPA (Individualizado)	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VÉRTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR)	R\$ 110,20
43	02.05.02.003-8	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 48,40
44	02.05.02.004-6	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 75,90
45	02.05.02.005-4	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 48,40
46	02.05.02.006-2	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 48,40
47	02.05.02.007-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 48,40
48	02.05.02.010-0	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 48,40
49	02.05.02.011-9	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 48,40
50	02.05.02.012-7	BPA (Individualizado)	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 48,40
51	02.11.05.002-4	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTMULO	R\$ 22,68
52	02.11.05.003-2	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 50,00
53	02.11.05.004-0	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 50,00
54	02.11.05.005-9	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 50,00
55	02.11.05.008-3	BPA (Individualizado)	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 81,00
56	02.11.02.004-4	BPA (Individualizado)	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 90,00
57	02.11.02.005-2	BPA (Individualizado)	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 30,21
58	02.11.02.006-0	BPA (Individualizado)	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 90,00
59	02.09.01.002-9	BPA (Individualizado)	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 820,00
60	02.09.01.003-7	BPA (Individualizado)	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 550,00
61	02.05.01.003-2	BPA (Individualizado)	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 119,82
62	02.11.05.010-5	BPAI e AIH	POLISSONOGRAFIA	R\$ 375,00
63	03.09.03.010-2	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)	R\$ 1.836,00

64	03.09.03.011-0	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPORA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIÕES RENAI)	R\$ 1.601,00
65	03.09.03.012-9	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPORA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	R\$ 1.836,00
66	03.09.03.013-7	APAC	LITOTRIPSIA EXTRACORPORA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIÕES RENAI)	R\$ 1.601,00
67	02.11.09.001-8	BPA (Individualizado)	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	R\$ 432,00
68	02.01.01.041-0	BPA (Individualizado)	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 811,24
69	02.01.01.058-5	BPA (Individualizado)	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 199,44
70	02.05.02.019-4	BPA (Individualizado)	MARCAÇÃO DE LESÃO PRÉ-CIRÚRGICA DE LESÃO NAO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRAS-SONOGRAFIA	R\$ 76,29
71	02.01.01.047-0	BPA (Individualizado)	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	R\$ 189,84
72	02.11.02.001-0	APAC e AIH	CATERISMO CARDÍACO	R\$ 2.100,00
73	02.03.02.006-5	BPA (Individualizado)	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA	R\$ 45,83
74	02.03.02.003-0	BPA e AIH (Individualizado)	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 40,78

Anexo V

Item Número de Ordem	Cod.SIGTAP (Grupo/Sub-grupo)	Descrição	Valor Incentivo Estadual
1	02.07	02.07.01.001-3 - ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL (COM SEDAÇÃO)	R\$ 977,50
		02.07.01.002-1 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.004-8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.005-6 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA(COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.007-2 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.02.003-5 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.004-9 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONÂNCIA (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.006-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.01.003-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.02.002-7 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.003-0 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.001-4 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	
		02.07.03.002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	

02	02.06	02.06.01.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,52		
		02.06.01.002-8 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 642,20		
		02.06.01.003-6 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,52		
		02.06.01.004-4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50		
		02.06.01.005-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50		
		02.06.01.007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO- C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 634,88		
		02.06.02.003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 712,82		
		02.06.03.001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADO RIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 717,26		
		02.06.03.003-7 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	R\$ 717,26		
		02.06.02.001-5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50		
		02.06.03.002-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	R\$ 613,50		
		02.06.01.006-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA (COM SEDAÇÃO)			R\$ 634,88

ANEXO VI**Declaração de Adesão Projeto MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**

O município, por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxx, DECLARO para fins de adesão do Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023/2024, que executaremos os procedimentos conforme relacionados abaixo, com os respectivos códigos, valores, mesmos e concordamos com a utilização do sistema CORE.

(Nome e assinatura do Diretor (a) do Hospital)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

Cidade, dia, mês e ano.

ANEXO VII**Declaração Negativa à Adesão ao Projeto MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**

O (município), por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxx, DECLARA que não possui capacidade instalada/ operacional para a adesão de execução do Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**

SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023/2024 conforme Resolução SES nºXX.

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

ANEXO VIII

Proposta de Execução

Município executante	Unidade Executante	CNES da Unidade	Nome Procedimento	Cód Proc. Sigtap	Valor proc. do projeto	Quantidade procedimento mês	Quantidade procedimento anual	Valor Total
(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)								
(Nome e assinatura do Gestor Municipal)								

ANEXO IX

PLANILHA DE ATENDIMENTO

Número da AIH ou APAC	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Código da solicitação do CORE	Data da Internação (AIH) Data da cirurgia (APAC)	Data da Alta	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado do SIGTAP	CID	Valor do Incentivo Estadual
Assinatura do Auditor										
Assinatura do Gestor										

Anexo X

Procedimentos em BPAI

Número do BPAI	Nome completo do paciente	Número do Cartão SUS	Competência	Código da solicitação do CORE	Data da Realização do procedimento	Nome do Procedimento Realizado	Código do Procedimento Realizado do SIGTAP	CID	Valor do Incentivo Estadual
Assinatura do Auditor									
Assinatura do Gestor									

Anexo XI
Declaração de Qualificação Técnica

Declaro para devidos fins possuir qualificação técnica e capacidade técnica para executar os procedimentos cirúrgicos os quais ofertei ao Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, conforme os dispostos nesta resolução.

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) da Unidade)

Anexo XII

Dispõe sobre a revisão, autorização e processamento de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual no Estado de Mato Grosso do Sul.

Serão consideradas para efeito revisão, autorização e processamento exclusivamente os procedimentos cirúrgicos que estejam dentro de princípios éticos, mediante registro da evolução clínica do paciente, propriedade na indicação e solicitação de exames e respectiva terapêutica, indicação de cirurgia e compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico ou quadro clínico apresentado, conforme SIH - Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema - 2017 (Manual SIHSUS), aprovado pela PT/GM/MS 3.950 de 28/12/2017 versão atualizada no site http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos_sihd2.php.

Para a revisão e autorização dos procedimentos cirúrgicos:

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

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

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

- a) Os procedimentos cirúrgicos devem ser realizados por uma equipe mínima composta de médico cirurgião, médico auxiliar e médico anestesista;
- b) No caso de procedimentos com retirada de peça cirúrgica, as respectivas AIH devem ser acompanhadas do resultado do exame anatomopatológico correspondente;
- c) A descrição cirúrgica é responsabilidade do profissional que realiza procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico, descrever os tempos cirúrgicos, conter informação da lateralidade a ser operada, quando couber, data, horário de início e final do procedimento e a relação das OPME, se utilizadas;
- d) A ficha anestésica contém dados fisiológicos e farmacológicos, data e hora que são informados pelo médico anestesista durante todo o procedimento cirúrgico;
- e) Para as OPME devem ser fixado etiquetas de identificação na RGO e na solicitação de procedimentos especiais conforme RDC Anvisa nº 556, 30/08/2021;
- f) Para autorização só serão consideradas as OPME compatíveis com o procedimento segundo a tabela SIGTAP;
- g) **Não é permitida a realização concomitante do ato cirúrgico e ato anestésico** conforme RDC Anvisa nº 556, 30/08/2021;

e Resolução CFM 1802/2006, com exceção de procedimentos de urgência/emergência.



GOVERNO DE
Mato
Grosso
do Sul

DOCUMENTO
ASSINADO
ELECTRONICAMENTE



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

Dos prazos:

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

A partir do recebimento da solicitação de autorização de AIH/APAC, a CECAA terá dias úteis para avaliar a solicitação e devolução do processo; máximo de até 30 dias. Transcorridos esse período o Laudo de Autorização perderá a validade, sendo necessário nova apresentação.

A partir do recebimento da solicitação de autorização de AIH/APAC, a CECAA terá dias úteis para avaliar a solicitação e devolução do processo; máximo de até 30 dias. Transcorridos esse período o Laudo de Autorização perderá a validade, sendo necessário nova apresentação.

AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETTIVAS – AIH

Etapa	Meio de apresentação	Requisitos obrigatórios	Momento da internação	Análise pela GCSIS	Desdobramentos
Pré autorização	Planilha VI A (planilha de pré autorização laudo)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar cópia de laudos de Exames pré-operatórios. - Informar história clínica com justificativa p/ realização do procedimento descrita na planilha - Anexar cópia Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/ emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente) - Anexar exames pré-operatórios. 	Pré agendamento Anterior à internação	Simultânea	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado
	CORE (pré-autorização)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar cópia do Laudo de solicitação autorização da AIH (impresso do Sistema Core/ emitido em outro sistema, com assinatura do médico assistente) 	Pré agendamento Anterior à internação		




DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE



Autorização de laudo de AIH	Planilha VI (planilha de laudo)	<ul style="list-style-type: none"> - Informar as datas: da pré-autorização, data internação, data cirurgia e da alta hospitalar - Informar na planilha e anexar cópias: solicitação de procedimentos especiais (diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc. - Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM - Anexar cópia de Rx pós cirúrgico e do Laudo de exame anatomopatológico (se for o caso) - Informar na planilha e anexar cópias RGO, Ficha de anestesia, Sumário de Internação. - Registrar as solicitações de procedimentos especiais: diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc. - Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM. - Anexar cópias RGO, ficha de anestesia, Rx pós operatório (ortopedia) - Preencher Sumário de Internação. 	Após alta hospitalar	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizada* - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado <p>* Libera número de AIH</p>
Autorização espelho DE AIH	CORE	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar as solicitações de procedimentos especiais: diárias de acompanhante, mudança de procedimentos, órteses e próteses etc. - Anexar cópia das notas fiscais, no caso de OPM. - Anexar cópias RGO, ficha de anestesia, Rx pós operatório (ortopedia) - Preencher Sumário de Internação. 	Concomitante à internação, com preenchimento simultâneo no sistema das fases de admissão, manutenção, autorização, finalização.	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado* - Recusado <p>* Libera número de AIH informado na planilha</p>
	Planilha VII (planilha de espelhos)	<ul style="list-style-type: none"> - Anexar arquivos de exportação do SISAIH01 (para o SIHD e SIAIH01) - Cópia de laudo de a anátomo-patológico 	Após alta hospitalar	Conforme Cronograma CE-CAA	<ul style="list-style-type: none"> - Autorizado* - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado <p>* Processamento das informações no SIHD</p>

Obs.: As cópias dos documentos devem conter identificação do paciente, sendo eles:

- Laudos de solicitação de internação - assinatura e carimbo do médico solicitante
- Laudos de solicitação de procedimentos especiais - assinatura e carimbo do médico solicitante
- Registro Geral de Operação - assinatura e carimbo do médico solicitante
- Ficha de anestesia - médico anestesista
- Sumário de Internação - médico responsável pelas informações registradas.

AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

Etapa	Meio de apresentação	Documentos obrigatórios*	Momento da autorização	Análise pela GCSIS	Desdobramentos
Pré autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (pré-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	- Laudo de solicitação/autorização da APAC (preenchida e assinada pelo médico solicitante); - Lista nominal de pacientes; - Cópia ou descrição de laudos de exames pré-operatórios (tonometria, mapeamento de retina, microscopia especular, acuidade visual e biometria)	Anterior à cirurgia	Semanal	- Autorizado - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado
Autorização de laudo de APAC	Lista Nominal (Pós-operatória) + Documentos impressos e digitalizados	- Laudo de solicitação autorização da APAC. - Lista Nominal de pacientes (com as datas: da autorização, da cirurgia ambulatorial e do agendamento da consulta pós-cirúrgica); - Etiqueta da lente óptica inserida (colar na ficha de RGO); - RGO, Ficha de anestesia; - Sumário de alta ambulatorial.	Após à cirurgia	Conforme Cronograma CE-CAA	- Autorizada** - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado ** Libera número de APAC
Autorização espelho de APAC	Lista Nominal (espelhos) + Documentos impressos e digitalizados	- Anexar arquivos de exportação da APAC	Após à cirurgia	Conforme Cronograma CE-CAA	- Autorizado** - Para correção (situações especificadas) - Não autorizado **Processamento das informações no sistema APAC

Obs.: São considerados documentos obrigatórios:

- Lista nominal preenchida com as informações requeridas em cada uma das etapas do processo de autorização segundo os modelos disponibilizados pela CECAA;
- Exames pré-operatórios que comprovem o diagnóstico e a indicação do procedimento solicitado;
- Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial (APAC) total e corretamente preenchido pelo médico solicitante;
- Registro Geral de Cirurgia (RGO), Ficha de anestesia, assinadas pelos profissionais responsáveis pelos procedimentos realizados;
- Etiqueta da lente inserida na cirurgia;
- Sumário de alta ambulatorial: é uma ficha na qual o médico assistente deve informar as condições clínicas do paciente pós-cirúrgica, bem como, as orientações fornecidas ao paciente quanto aos cuidados com curativo, uso de medicamentos, e/ou outras informações pertinentes***.
- *** No sumário de alta deve ser informado data e local da próxima avaliação pós-cirúrgica (consulta) conforme exigência contratual.

Resolução n. 42/CIB/MS
po Grande, 04 de maio de 2023.

Cam-

Dispõe sobre a pactuação dos procedimentos a serem elencados no Plano Estadual de redução de Filas de Cirurgias Eletivas no Estado de Mato Grosso do Sul.

O Secretário de Estado de Saúde de mato grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, e, considerando as decisões 359ª reunião extraordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada em 04 de maio de 2023;

Considerando a PORTARIA GM/MS Nº 90, de 3 de fevereiro de 2023 que Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas;

Considerando Portaria GM/MS Nº 237, de 8 de março de 2023, que define, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde -SUS, o rol de procedimentos cirúrgicos para o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas;

Considerando a necessidade de organizar a estratégia de ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, em especial àqueles com demanda reprimida identificada no Estado de Mato Grosso do Sul;

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

RESOLVE:

Art. 1º Ficam elencados os procedimentos cirúrgicos eletivos descritos no Anexo I para comporem o Plano Estadual de Redução de Cirurgias Eletivas na rede pública de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul como política pública de fortalecimento dos serviços previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados / contratados pelo SUS, fazer a adesão ao presente Plano Estadual de Redução de Cirurgias Eletivas na rede pública de saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, apresentando proposta dos procedimentos ofertados e "Declaração de Adesão" assinada pelo gestor municipal e diretor (a) de cada unidade hospitalar, conforme modelo constante Anexo II desta Resolução e anexar no **link: <https://redcap.servicossaude.com.br/surveys/?s=NE4CKMJYDXR3HWFK>**.

§1º A Adesão, juntamente com a proposta contendo a estimativa com a quantidade de procedimentos a serem executados/mês entre os meses de **maio de 2023 a novembro de 2023**, deverão ser encaminhadas à SES, para aprovação, no período de **5 dias úteis** a contar da data desta publicação.

§2º A proposta terá caráter suplementar às metas já pactuadas em contratos e convênios/SUS e deverá levar em consideração a capacidade instalada, os recursos humanos, habilitações e a disponibilidade de insumos necessários das unidades executoras.

§3º Aos municípios que não possuem capacidade instalada para a participação no projeto deverão encaminhar a declaração de não adesão conforme Anexo III desta resolução.

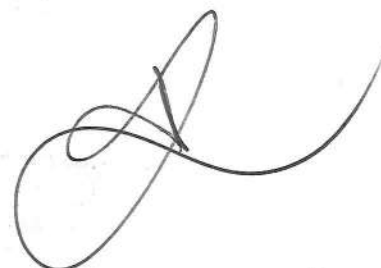
Art. 3º Aspectos operacionais e técnicos foram debatidos na 305ª CIB extraordinária e serão publicados em Diário Oficial do Estado/DOE após a apresentação das adesões.

Art. 4º O valor financeiro disponibilizado ao Estado de Mato Grosso do Sul para a execução dos procedimentos que visam a Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas constantes na PORTARIA GM/MS Nº 90, de 3 de fevereiro de 2023 é de R\$ 7.985.873,04 (sete milhões, novecentos e oitenta e cinco mil e oitocentos e setenta e três reais e quatro centavos).

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2023.

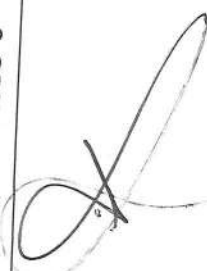
Maurício Simões Corrêa
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

José Lourenço Braga Liria Marin
Presidente do COSEMS



Anexo I

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 407,48
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 157,50
04.05.02.001-5	CORRECAO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 3.323,52
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 5.334,58
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 8.366,24
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/ OLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$ 9.403,68
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 898,88
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 225,00
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 531,60
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 483,60
04.05.05.011-9	FACOEMLSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60
04.05.05.028-3	EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 544,88
04.05.05.037-2	FACOEMLSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 344,54
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 681,87
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$ 895,16



Anexo II**Declaração de Adesão ao PLANO ESTADUAL DE REDUÇÃO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.**

O município, por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxxxxx, DECLARA para fins de adesão ao PLANO ESTADUAL DE REDUÇÃO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023, que executaremos os procedimentos conforme relacionados abaixo, com os respectivos códigos, valores, capacidade de realização mensal dos procedimentos e declaramos ainda possuímos capacidade instalada, recursos humanos e insumos necessários para a realização dos mesmos.

Nome do Município executante	Nome da Unidade Executante	CNES da Unidade	Nome Procedimento	Código Procedimentos (Sigtap)	Valor do proc. do programa	Quantidade de procedimento mês	Quantidade de procedimento anual	Valor total

Cidade, dia, mês e ano.

(Nome e assinatura do Diretor (a) do Hospital)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

Anexo III**Declaração Negativa à Adesão ao PLANO ESTADUAL DE REDUÇÃO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.**

O (município), por intermédio de seu Secretário (a) xxxxxxxx, DECLARA que não possui capacidade instalada/ operacional para a adesão de execução do PLANO ESTADUAL DE REDUÇÃO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2023 conforme Resolução n. 42/CIB/MS.

(Nome e assinatura do Diretor (a) do Hospital)

(Nome e assinatura do Gestor Municipal)

Cidade, dia, mês e ano.



Campo Grande, 08 de maio de

Dispõe sobre o Plano Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas e ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos e exames com finalidade diagnóstica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul, por meio do Projeto Saúde - Mais Saúde, Menos Fila.

O Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais, considerando a implementação do processo de planejamento regional integrado o qual visa sobretudo, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) mediante a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;

Considerando a NOAS-SUS 01/01 que fortalece a regionalização em saúde como marco fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade e acesso e integralidade da atenção na implementação do Sistema Único de Saúde;

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

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

Considerando a existência de demanda reprimida na fila da regulação hospitalar para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade identificados no banco de dados dos complexos reguladores;

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

RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre o Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** na rede pública de saúde como política pública de fortalecimento dos serviços previstos pelo Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Parágrafo único. A realização dos procedimentos no âmbito do Projeto poderá ocorrer por meio do atendimento eventual e/ou de mutirões, com vigência de MAIO de 2023 a ABRIL de 2024.

Art. 2º Caberá às Secretarias Municipais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos de saúde contratualizados/contratados pelo SUS, fazer a adesão ao presente Projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, apresentando proposta dos procedimentos ofertados e "Declaração de Adesão" assinada pelo gestor municipal e diretor (a) de cada unidade hospitalar, conforme modelo constante Anexo VI e VIII desta Resolução e anexar no link: <https://redcap.servicossaude.com.br/surveys/?s=NE4CKMY-DXR3HWEK>. A adesão, juntamente com a proposta, contendo a estimativa com a quantidade de procedimentos a serem executados/mês e o quantitativo total a ser realizado no período dos meses de maio de 2023 a abril de 2024, deverão ser encaminhadas à SES, para aprovação, no período de **5 dias úteis** a contar da data desta publicação.

§1º Aos municípios que não possuem capacidade instalada para a participação no projeto deverão encaminhar a declaração de não adesão conforme Anexo VII desta resolução.

§2º A proposta terá caráter **suplementar** às metas já pactuadas em contratos e convênios/SUS e deverá levar em consideração a capacidade instalada, os recursos humanos, habilitações e a disponibilidade de insumos necessários das unidades executoras.

§3º Para adesão ao presente projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá comprovar que já realizou o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s) em sua série histórica de produção ambulatorial e hospitalar OU apresentar projeto para execução destes procedimentos, contemplando: equipe materiais/equipamentos e protocolos assistenciais, bem como o envio da documentação necessária à solicitação de cadastro dos profissionais, equipamentos e respectivos serviços de apoio/especializados no Sistema CNES desde que comprovada a qualificação técnica para a realização do procedimento devidamente assinada pelo Diretor Técnico do Estabelecimento de Saúde conforme anexo XI.

§4º Para adesão ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA**, o Estabelecimento de Saúde deverá cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente, com ênfase ao Protocolo de Cirurgia Segura e às ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.
§5º As propostas de adesão aprovadas pela SES/MS serão publicadas em Resolução Estadual em Diário Oficial do Estado(DOE) de MS e deverão ser objeto de Termo Aditivo e/ou Contratos de cada unidade executora.

§6º O início da execução dos procedimentos cirúrgicos e exames com finalidade diagnóstica somente ocorrerão após a assinatura do Termo Aditivo ou Contrato com a unidade executora, publicado em DOE.

Art. 3º Em caráter excepcional, a realização dos procedimentos cirúrgicos e os procedimentos com finalidade diagnóstica no âmbito do projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE**, a

MENOS FILA serão remunerados por meio da tabela diferenciada de "Incentivo Estadual" prevista no Anexo II, III, IV e V desta Resolução. EXAMINA MS" 2021/2022 foram considerados para a composição do valor do Incentivo Estadual.

§2º O valor do Incentivo Estadual indicado no Anexo II e III engloba a remuneração dos procedimentos pré-operatório (consulta especializada e exames pré-operatório), pós procedimentos cirúrgico e curativos) e pós operatório (avaliação pós-cirúrgica), garantindo a cada usuário a integralidade do cuidado, incluindo intercorrências durante o projeto "OPERA MS" foram considerados.

§3º Para composição do valor do Incentivo Estadual das OPMEs, a complexidade dos procedimentos, o tempo de cirurgia, o valor de mercado e os valores praticados dos no Anexo I, conforme autorizados pelo art. 1140 da Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde e o decreto nº 1451, de 16 de março de 2015 que instituiu o anexo I I, respeitando-se a regionalização e a maior rapidez de acesso ao usuário.

§4º A adoção de valores diferenciados da Tabela de Procedimentos do SUS, nos termos do "caput", será viabilizada com a utilização de recursos de fonte estadual indicada no Anexo I I, respeitando-se a regionalização e a maior rapidez de acesso ao usuário.

§5º A distribuição dos recursos entre os Municípios e os estabelecimentos de saúde será definida por ocasião da adesão ao projeto em conformidade com o teto financeiro de Regulação hospitalar, as quais deverão ser reenserdas no sistema CORE em todos os níveis de execução, conforme fluxo

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

§3º A CERA considerará prioritariamente, por meio de regulação médica, a fila de espera hospitalar, bem como a gravidade do caso e maior tempo de inserção da ficha, que está registrada nas Centrais de Regulação, para solicitação de vaga no Sistema CORE;

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

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

§6º Todos os estabelecimentos executantes das cirurgias eletivas deverão inserir no Sistema CORE - Módulo de Leitos os procedimentos a serem realizados.

Art. 5º Para apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), relativo aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos exames com finalidade diagnóstica, serão utilizadas, séries numéricas específicas, para fins de ressarcimentos financeiros.

Art. 6º O faturamento dos procedimentos com finalidade diagnóstica referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** constantes nos anexos IV e V deverão ser realizados através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI no SIA/SUS, considerando a utilização de série numérica específica que será disponibilizada pela SES/MS e o pagamento dos procedimentos será efetuado após apuração do processamento no SIA/SUS do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI, nas competências maio/2023 a abril/2024.

Art. 7º O pagamento dos procedimentos constantes no anexo II e III, referente ao projeto **MS SAÚDE-MAIS SAÚDE, MENOS FILA** será efetuado após apuração do processamento das AIHs e APACs, **apresentadas e aprovadas** nas competências maio de 2023 a abril de 2024, considerando a série numérica disponibilizada no município pela Diretoria Geral de Controle do SUS da SES/MS conforme as regras constantes nesta Resolução, quando for o caso.

Art. 8º Os atos cirúrgicos (Cirurgias múltiplas) sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico serão ressarcidos seguindo os seguintes critérios:

I - Procedimento principal será equivalente ao custeio de 100%;

II - Procedimento secundário equivalente a 75% do valor do procedimento principal, devendo os procedimentos terem compatibilidade conforme tabela SIGTAP.

Parágrafo único: serão remunerados apenas os procedimentos executados no percentual decrescente de valores, na ordem que forem registrados.

Art. 9º A Secretaria de Estado de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos recursos do Fundo Especial de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e/ou hospitais já contratualizados pela SES que fizerem a adesão nos termos desta Resolução, após a apuração da produção mensal registrada na base de dados dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), respeitadas o cumprimento das metas.

Art. 10º O gestor executante e o responsável pela Unidade Hospitalar executarão ser fiscalizados pelos órgãos de controle, interno e externo, a qualquer momento durante e após a execução dos procedimentos.

Art. 11º O gestor municipal deverá encaminhar mensalmente à SES/MS relatório de Produção Apresentada/processada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado 2 (SIHD2), além do Relatório de Produção com assinatura do profissional médico auditor e do gestor municipal,

04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	360	R\$ 277.776,00
TOTAL				R\$ 396.855,00
HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ VALDIR ANTUNES DE OLIVEIRA - CNES - 2659603 - SÃO GABRIEL DO OESTE				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL	VALOR TOTAL
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	120	R\$ 92.592,00
TOTAL				R\$ 92.592,00
HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA - CNES 2756951 - TRÊS LAGOAS				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL	VALOR TOTAL
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 225,00	240	R\$ 54.000,00
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 531,60	30	R\$ 15.948,00
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 483,60	30	R\$ 14.508,00
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60	30	R\$ 19.548,00
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	360	R\$ 277.776,00
TOTAL				R\$ 381.780,00

Resolução Nº 30/SES

Campo Grande, 25 de maio de 2023

O Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, no uso das atribuições, e Considerando a Resolução Nº28/SES/ 2023 de 08 de maio de 2023 que definiu para o exercício de 2023 e 2024, estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e exames de diagnósticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul – "MS SAÚDE, MAIS SAÚDE E MENOS FILA".

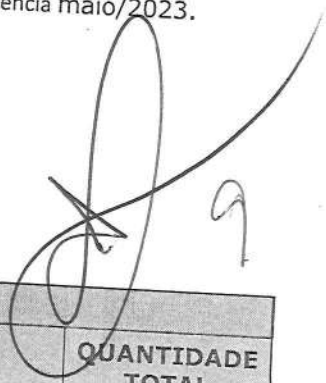
RESOLVE:

Art. 1º Publicar as propostas de adesões encaminhadas pelos gestores municipais à Resolução Nº28/SES/2023 para execução nas competências junho de 2023 à abril de 2024, na forma do ANEXO I desta Resolução.

Parágrafo Único: Para efetivação da proposta de adesão os estabelecimentos de saúde deverão comprovar que já realizou procedimentos de alta complexidade, que necessitam de habilitação, em sua série histórica de produção hospitalar OU apresentar projeto para execução destes procedimentos conforme art. 2º no §3º da Resolução Nº28, para parecer e julgamento da comissão avaliadora.

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio/2023.

Maurício Simões Corrêa
 Secretário de Estado da Saúde
 Mato Grosso do Sul



ANEXO I
ROL I - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

ABRAHÃO CNEC - 2620111 - ANASTÁCIO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	12
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	60



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	60
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	60
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTA- CAO DE COLO	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	60
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	12
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	60
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	12
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	12

HOSPITAL REGIONAL DR ESTÁCIO MUNIZ- CNES 2650417 AQUIDAUANA		
CÓDIGO DO PRO- CEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	60
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	12
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	12
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	288
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	36
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	12
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	192
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	60
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	60
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	192
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	144
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	72
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VA- GINAL	72
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	24
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	96
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	96
		8

ABRAM MS CNES - 2695138 - AQUIDAUANA		
CÓDIGO DO PRO- CEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	384
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	72
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	72
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	72
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	120
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	120

FESAT - CNES 7456530 - APARECIDA DO TABOADO		
CÓDIGO DO PRO- CEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	24



DOCUMENTO
ASSINADO
ELETRONICAMENTE

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

04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA /LAPAROSCÓPICA	60
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	24
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	120
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	60
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	60
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	48
04.08.06.044-1	TENÓLISE	60
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	48
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	48
		24

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO BIGATON - CNES 2376474 - BONITO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	240
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	240
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	240
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	240
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	240
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	240
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	240
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	240
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	240
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	240
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	240

SANTA CASA DE BATAGUASSU CNES 2371782 - BATAGUASSU

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	480
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	24
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	48
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	24
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	48
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	12
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	36
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
		48

04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	36
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	24
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	24
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	12
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	84
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	84
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	36
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	36
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	24
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	48
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	48
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	36
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	48
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	48
		60

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO MATEUS - CNES 2376091 - CAARAPÓ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	12
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	12
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	48
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	48
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	12
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	48
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	12
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	48
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	48
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	24
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	36
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	48
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	36
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	48
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	24
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	12
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.08.06.044-1	TENÓLISE	72
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	48
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	48
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	24

04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	24
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	60

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CORUMBÁ - SANTA CASA - CNES 2376334 - CORUMBÁ

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	24
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	36
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	36
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	60
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	60
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	60
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERÍGIO	60
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	12
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	600
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	36
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	60
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	60
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	360
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	12
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	240
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	24
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	24
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	24
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	12
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	24
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	48
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	48
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	120
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	60
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	72
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	120
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	24
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	180
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	120
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	36
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	12
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	36
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	12
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	12
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	120
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	12
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	12

04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	120
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	12
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	12
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RADIO	24
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	12
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	12
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	12
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	24
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	24
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	12
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	12
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	12
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE TORTO CONGENITO	12
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	24
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	24
04.08.06.044-1	TENÓLISE	12
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	12
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	24
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	12
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	12
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24

HOSPITAL REGIONAL DR. ALVARO FONTOURA SILVA - CNES 6426190 - COXIM		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	14
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	14
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	35
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	35
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	63
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	7
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	35
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	105
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	56
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	56
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	56
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	56
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	56
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	56
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	56
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	105
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	70



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://impressos>

04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	70
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	70
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	60
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	60
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	12
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	120

FHCR- CNES 2375826 - COSTA RICA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	120
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	36
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	36
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	120
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	120
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	1200
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	12
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA ÉPIGÁSTRICA	12
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	12
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	12
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	12
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	12
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	24
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	36
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	48
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	36
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	36
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	36
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	24
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	24
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	24
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	12
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	12
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	12
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	12

04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍ- VEIS	12
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	72
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	72
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	24
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	24
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	72
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍ- VEL	48
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	48
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	12
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRÊS NÍVEIS	12
04.08.03.023-2	ARTRODESE TÓRACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	12
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	24
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	24
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRU- ZADO ANTERIOR)	12
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCEC- TOMIA PARCIAL / TOTAL	24
04.08.06.044-1	TENÓLISE	24
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	24
04.08.05.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	24
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCÓPIA	48
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDI- MENTOS DESCOMPRESSIVOS)	12
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24

HOSPITAL MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL - CNES 2536293 - CHAPADÃO DO SUL		
CÓDIGO DO PRO- CEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	156
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	120
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	60
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	420
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	180
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	300
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	240
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	12
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	36
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	36
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	36
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	48
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	48

04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	36
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	12
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	36
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	36
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	12

SANTA CASA CNES - 0009717 - CAMPO GRANDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	300
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	120
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	360
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	360
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	360
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	240
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	240
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	240
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	120
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	120
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	120
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	120
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	120
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	120
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	120
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	60
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL	24
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	24
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO- TORÁCICA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	24
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	24
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	24
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	24
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	24
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	24
04.08.03.026-7	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	24
04.08.03.027-5	ARTRODESE TÓRACO -LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	24
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	24
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	24

SÃO JULIÃO CNES - 0009733 - CAMPO GRANDE



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://impressos.sest>

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	60
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	24
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	60
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	60
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	240
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	1375
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	12
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	1620
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	168
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	72
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	72
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	204
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	492
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	648
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	120
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	120
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	120
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	120
		84

EBSERH HOSP.UNIV.MARIA APARECIDA PEDROSSIAN- CNES 0009709- CAMPO GRANDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	192
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	192
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	192
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	96
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	48
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	48
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	96
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	96

HOSP.REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL- CNES 0009725 - CAMPO GRANDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	24
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	12
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	12
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	12
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	12
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	12
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	12
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	60
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	120
		84

04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	108
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	84
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	84
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	84
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	84
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	84
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	84
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	84
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	108
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	108
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	24
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	108
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	108
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	204
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	36
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	36
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	36
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	36
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	36
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	36
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	36
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	36
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	36
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	60
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	60
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	60
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	60
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	60
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	60
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	24
04.10.01.008-1	PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA	24
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	36
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	36
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	60
		60

SANTA CASA DE CASSILÂNDIA - CNES - 2375680 - CASSILÂNDIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	48
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	48
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	48
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	96
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	24
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	360
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	60
		60



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://impressos>

04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	60
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	24
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	120
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	120
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	60
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	60
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	60
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	60
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	60
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	120
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	120
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	120
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	120
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	36
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	48
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	48
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	48
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL)	48
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	60
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	60
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	60
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	24
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	24
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	48
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	48
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	24
04.08.06.044-1	TENÓLISE	48
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	240
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	240
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	48

HOSPITAL EVANGELICO - CNES 2371375 - DOURADOS		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	120
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	180
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	180
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	96
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	96
		36

04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	60
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	36
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	60
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	96
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	48
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	60
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	36
04.09.07.005-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	60
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	120
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	120

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JUDAS TADEU - CNES 2374226 - IGUATEMI

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	1200
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	180
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	240
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	240
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	240
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	240
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	240
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	240
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	240
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	240

SIAS - CNES 2558610 - FAZIMA DO SUL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERÍGIO	600
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	168
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	36
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	24
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	12
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	12
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (FOR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24

04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	48
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	72

HOSPITAL MUNICIPAL LOURIVAL NASCIMENTO DA SILVA CNES 2651505 - ITAPORÃ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	48
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	48
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	48
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	96
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	96
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	96
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	96
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	96
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	96
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	48
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	96
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	48
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	48
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	48
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	48
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	48
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	48
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	48
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	48
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24

SIAS - CNES 2558610 - FÁTIMA DO SUL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	600
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	168
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	36
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	24
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	12



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

04.09.05.003-3	POSTECTOMIA	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	12
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	48
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	72

HOSPITAL MARECHAL RONDON CNES - 2558289 - JARDIM

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	24
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	36

HOSPITAL MUNICIPAL RENATO ALBUQUERQUE FILHO CNES - 3569543 - MIRANDA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	48
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	60
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	60
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	60
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	96
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	60
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	96
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	48
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	24
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	24
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	24
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	36
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	24
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	48
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	120

04.08.06.044-1	TENÓLISE	
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	24
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	24
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	36
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24
		36

HOSPITAL SORIANO CORREA DA SILVA CNES 2646943 - MARACAJU		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	192
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	96
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	96
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	96
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	120
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	96
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RADIO	48
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	12
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	12
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	12
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	12
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	12
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	12
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	12
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL)	12
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	12
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	12
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	48
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	12
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	12
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	24
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	12
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	12
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE TORTO CONGENITO	12
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	12
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	12
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	12
04.08.06.044-1	TENÓLISE	24
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	72
		12



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://impressofisica.com.br>

04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	48
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	12
04.08.01.014-2	REPARO DE RCTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	36
04.08.02.006-7	ARTROPLASTIA DE PUNHO	12
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24

FUNDAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - FUNSAU CNES - 2371243 NOVA ANDRADINA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	24
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA ÎNGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	24
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	60
04.09.05.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	12
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (FOR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	96
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	36
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	72
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	72
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	48
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	48
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	48
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	24
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	24
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	24
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	48
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	24
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	96
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENIS-CECTOMIA PARCIAL / TOTAL	96
04.08.06.044-1	TENÓLISE	96
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	60
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	72
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	120

04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	72
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	72

HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO ORTEGA - CNES - 2558262 - NOVA ALVORADA DO SUL		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	360
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	72
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	12
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	12
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	72
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24

HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAI - CNES 2710498 - NAVIRAÍ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	48
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	48
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	48
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	48
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	48
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	48
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	48
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	48
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	48
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	48
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	48
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	48
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	48
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	48
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	48
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	48
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	48
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	48
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	96
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	96
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	96
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	96
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	48
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	48

04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	48
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	48
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	48
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	48
04.08.06.044-1	TENÓLISE	48
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	48
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	48

SANTA CASA DE PARANAÍBA - CNES 2375850 - PARANAÍBA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	24
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	24
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	60
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	36
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	12
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	24
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	120
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	60
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	144
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	36
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA ÍNGUINAL (BILATERAL)	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA ÍNGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	60
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	96
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	24
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	24
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	120
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	96
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	60
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	96
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	60
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	12
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	12
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	36
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	24
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	24
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	24
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	24
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	24

04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	12
04.08.06.044-1	TENÓLISE	60
04.08.05.045-0	TENOMIORRAFIA	60
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	60
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	180
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	60

HOSPITAL DR JOSÉ MARIA MARQUES DOMINGUES - CNES 2536935 - RIBAS DO RIO PARDO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	2400
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	120
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	120
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	240
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	120
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	240
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	480
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	120
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	240
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	180
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	120
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	240
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	240
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	240
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	240
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	120
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	60
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	120
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	240
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (2º TEMPO)	60
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (1º TEMPO)	60
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	240
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	240
04.08.05.034-9	REVISAO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO	240
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	60
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	60
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	240
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	180
04.08.06.044-1	TENÓLISE	120
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	180
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	240

HOSPITAL BENEFICENTE DE RIO BRILHANTE - CNES 4068823 - RIO BRILHANTE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	48
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	144
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	120
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	120
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	120
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	120
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	24
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	24
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	24
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	48
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	48
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	48
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	24
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	24
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	24
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	48
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	72
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	48
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	48
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	48
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	24
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	24
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	24
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	24
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	24
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	24
04.08.06.044-1	TENÓLISE	24
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	24
		360

UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO - CNES 2375958 - SANTA RITA DO PARDO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERÍGIO	240
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	24
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	24
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	24
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	24
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	24
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	24
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	24
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	24
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	24
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	24
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	24
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	24
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	24
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	24
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	24
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	24
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	60
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	24
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	24
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HIBRIDA	24
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	24
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	24
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	24
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	24
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	24
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	24
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	24
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	24

04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	24
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24

SOCIEDADE BENEFICENTE DONA HELMIRIA SILVERIO BARBOSA CNES - 2370816 SIDROLÂNDIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	84
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	84
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	84
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	300
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	300
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	300
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	300
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	300
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	240
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	240
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	240
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	180
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	180
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	180
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	180
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL	180
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	240
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	240
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	240
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	240
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	240
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	240
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	240
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	240

HOSPITAL RACHID SALDANHA DERZI CNES - 2361027 - SONORA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.008-0	HERNICPLASTIA INCISIONAL	24
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (FOR VIA VAGINAL)	60
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	48
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	72

04.09.06.013-5 HISTERECTOMIA TOTAL

36

HOSPITAL JOSÉ VALDIR ANTUNES DE OLIVEIRA CNES - 2659603 - SÃO GABRIEL DO OESTE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	120
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	120
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EFIGÁSTRICA	12
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	12
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA ÍNGUINAL (BILATERAL)	12
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA ÍNGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	60
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	12
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	36
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	12
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	12
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	12
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	12
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	12
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	12
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	120
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	12
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	60
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	12
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO	12
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	12
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	24
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	108
04.08.05.044-1	TENÓLISE	72
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	12
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACAS E/OU PARAFUSO	36
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	180
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	36
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	24

HOSPITAL MUNICIPAL DE SETE QUEDAS - CNES 2558327 - SETE QUEDAS		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	144
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	36

04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	24
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	24
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	36
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	36
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	36
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	36
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HÉRNIAS	36
		36

HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA - CNES 2756951 - TRÊS LAGOAS		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	120
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	60
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	60
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	120
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	120
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	120
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	300
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	60
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	60
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	180
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	120
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	120
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	120
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	120
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	120
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	120
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	120
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	120

ANEXO II**ROL DE EXAMES DE IMAGEM E DIAGNOSTICO**

CEM - 2376040 - ANASTÁCIO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESAO
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	720
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	360
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	60
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	1200
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	600
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	600
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	60
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	25
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	60
		240

0211020052

MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)

240

HOSPITAL REGIONAL ESTÁCIO MUNIZ - CNES 2659417 - AQUIDAUANA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	132
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	324
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	132
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	132
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	132
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	876
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	264
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	384
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	624
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	264
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	624

FESAT - CNES 7456530 - APARECIDA DO TABOADO		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	220
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	220
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	220
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	220
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	220
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	255
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	165
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	165
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	330
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	165
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	165

0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	165
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	1100
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	220
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	110
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	55
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	55
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	110
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	110

CENTRO ESPECIALIDADE MEDICAS - CNES 2371022- BATAGUASSU

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1400
0211050059	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	70
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	42
0211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMÉTRICO	245
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	35
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	70
0203020065	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	70

CLINICA DA MULHER - CNES 9917032 - BATAGUASSU

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	210
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	490
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	210
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	1050
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	70
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	70
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	84

CENTRO DE DIAGNOSTICO/IMAGEM - CNES 9854738 - BATAGUASSU

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	210
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	140
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	210
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	105
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	420
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	420
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	210
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	140
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	140

0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	140
------------	--	-----

FESP - CNES 6426190 - COXIM

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	70
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	70
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	700
EXAMES COM SEDAÇÃO		
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	70
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	350
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	140
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	210
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	70
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	938
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	2240
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	700

HOSPITAL DE CLINICA SÃO LUCAS - CNES 2375761 - CASSILÂNDIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	35
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	35
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	35
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	70
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	35
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	140
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	35
206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	56
206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	210
206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	140
206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	35



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

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

206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	140
209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	140
209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	560

AME - CNES 9363327 - CASSILÂNDIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	210
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	210
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	210
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	350
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	280
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	350
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	140
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	70
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	70
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	210
0211050024	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	140
0211050032	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	140
0211050040	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	140
0211050059	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/MAPEAMENTO (EEG)	140
0211020044	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	140
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	140
0201010585	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	140
0205020194	MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA	210
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	140
0203020065	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIOPSIA	140
0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	140

FHCR - CNES 2375826 - COSTA RICA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	240
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240

0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240

HOSPITAL DO CÂNCER - CAMPO GRANDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	300
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	300
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	360
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	1800
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	1800
0201010410	BIOPSIA DE PRÓSTATA	720

EBSERH HOSP. UNIV. MARIA APARECIDA PEDROSSIAN - CNES 0009709 - CAMPO GRANDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	90
0201010410	BIOPSIA DE PRÓSTATA	45
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	180
EXAMES COM SEDAÇÃO		

0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	18
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	72
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	18
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	18
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	18

HOSPITAL ADVENTISTA DO PENÍSSULO UNIDADE CENTRO - CNES 2599643 - CAMPO GRANDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	100
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	100
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	200
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	300
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	150
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	150
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	50
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	150
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	100
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	300
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	300
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	300
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	200
0211090018	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	200
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	1500

HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL - CNES 0009725 - CAMPO GRANDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	720
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206010087	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	720
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	720

0206020023	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206020031	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206030010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206030029	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	720
0206030037	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	720
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	120
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	120
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	120
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	120
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	120
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	120
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	120
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	120
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	120
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	120
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	120
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	120
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	120
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	120
0209040017	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA	24
0209040025	LARINGOSCOPIA	12
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	108
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	240
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	240
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	240
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	240
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	240
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	240
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	240
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	240
0211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	120
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	108
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	108
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	108
0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	24
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	120
EXAMES COM SEDAÇÃO		
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL COM SEDAÇÃO	24
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) COM SEDAÇÃO	24
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO COM SEDAÇÃO	24
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	24

0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA SEDAÇÃO	24
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO COM SEDAÇÃO	24
207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA COM SEDAÇÃO	24
207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) COM SEDAÇÃO	24
207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	24
207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	24
207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	24
207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COM SEDAÇÃO	24
207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA COM SEDAÇÃO	24
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	240
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	240
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	240
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	240
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	240
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	240
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM SEDAÇÃO)	240

SANTA CASA DE CAMPO GRANDE - CNES 0009717 CAMPO GRANDE		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESAO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	180
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	180

0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	480
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	140

HOSPITAL SÃO JULIÃO - CNES - 0009733 - CAMPO GRANDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	240
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	240

HOSPITAL ADVENTISTA DO PENFIGO - CNES 2646773 - CAMPO GRANDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	200
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	400
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	150
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	200
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	200
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	400
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	350
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	650
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	400
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	650

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CORUMBANESE (SANTA CASA) - CNES 23766334 - CORUMBA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	240



DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://impressos.dia.com.br>

0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CCLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	240
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	1200
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	600
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	60
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	60
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	120
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	120
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	240
0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	240
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	180
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	600
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	360
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	360
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	360
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	240
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	240
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	240
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	240
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	120
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	960
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	600
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	720
0309030102	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)	36
0309030110	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 2 REGIAO RENAL)	36
0309030129	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 1 REGIAO RENAL)	36
0309030137	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIIS)	36
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	360

0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	360
0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	1200

CERDIL - CNES 0723358 - CORUMBÁ

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
206010010	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	600
206010028	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	600
206010044	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	600
206010052	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	600
206010079	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	600
206020015	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
206020023	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	600
206020031	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	1200
206030010	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
206030029	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
206030037	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
207010021	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	600
207010030	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	600
207010064	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	600
207010072	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	600
207020027	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	600
207020035	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX	600
207030014	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	600
207030022	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	600
207030030	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	600

PRONTOCLIN MEDICINA DIAGNÓSTICA LTDA - CNES 5414083 - CORUMBÁ

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0207010021	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	24
0207010030	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	72
0207010064	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	120
0207010072	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	12
0207020027	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	72
0207020035	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX	12
0207030014	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	12

0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	72
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	120
0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	120

CERDIL - CNES - 7142277 - DOURADOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	480
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	480
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	480
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	480
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	480
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	480
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	480
0204060028	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	3960
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	480
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	480
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	480
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	480
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	480
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	480
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	480
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	480
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	480
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	480
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	480
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	480
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	480
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	480
0201010585	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	48

MISSÃO CATUÁ - CNES - 2371332 - DOURADOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	600
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	180
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	120
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	180
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	120
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	120
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	120
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	120
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	120
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	120



HOSPITAL EVANGELICO - CNES 2371375 - DOURADOS		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	600
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	60
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	600
0205020038	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	120
0205020046	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOMEN TOTAL	360
0205020054	ULTRASSONOGRÁFIA DE APARELHO URINÁRIO	120
0205020062	ULTRASSONOGRÁFIA DE ARTICULACAO	180
0205020070	ULTRASSONOGRÁFIA DE BOLSA ESCROTAL	120
0205020100	ULTRASSONOGRÁFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	120
0205020119	ULTRASSONOGRÁFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	120
0205020127	ULTRASSONOGRÁFIA DE TIREOIDE	240
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	360
EXAMES COM SEDAÇÃO		
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	12
0206010036	02.06.01.003-6 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	12
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	36
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12

0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADO RIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	12
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	12
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	12
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM SEDAÇÃO)	12

UNIIMAGEM - CNES 6245803 - DOURADOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	600
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	4200
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	3600
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	4200
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	4200
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	240
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	120
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	300
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	600
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	300
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	1200
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	120
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	180
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	360
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	960
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	1200
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	1200
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	120

0204060028	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	240
0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	2400
0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	4800
0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	600
0205020062	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	6000
0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	600
0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1200
0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	2400

HOSPITAL DE CIRURGIAS DA GRANDE DOURADOS - CNES - 7868863 - DOURADOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	1080
0209010037	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA	600

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JUDAS TADEU - CNES 2374226 - IGUATEMI

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE TOTAL
0211050032	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	120
0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	600
0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	600
205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	600
020502003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	600

HCLINIC - CNES 0257141 - MARACAJU

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	600
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	2040
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	1920
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	2160
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	960
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	960

HOSPITAL RENATO ALEQUERQUE FILHO CNES - 3569543 - MIRANDA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	120
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	240
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	60
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	120

FERNANDO ABRÃO DE MORAIS SERVIÇOS MÉDICOS - CNES 2926164 - NOVA ANDRADINA		
CODIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	180
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	720

URP - CNES 7642386 - PARANAÍBA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	120
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	240
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	360
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	120
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	360
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	60
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	240
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	120
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	120
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	120
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	120

SANTA CASA DE PARANAIBA - CNES 2375850 - PARANAÍBA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010028	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	120
0206010036	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010044	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010052	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206010079	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	180
0206020015	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120

0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	120

INSTITUTO UROLOGICO CNES 0924539 - PONTA PORÃ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211090018	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	180
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	120

RM DIAGNÓSTICO CNES - 7015917 - PONTA PORÃ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	240
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	600
0207010042	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	600
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	240
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	1200
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	240
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	600
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	240
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	240
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	600
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	600
0205020038	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	600
0205020046	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOMEN TOTAL	1200
0205020054	ULTRASSONOGRÁFIA DE APARELHO URINÁRIO	1200
0205020070	ULTRASSONOGRÁFIA DE BOLSA ESCROTAL	240
0205020100	ULTRASSONOGRÁFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1200
0205020127	ULTRASSONOGRÁFIA DE TIREÓIDE	600

CLINICA MULTIMED PONTA PORÃ - CLINICA GATTAS FERREIRA CNES - 7707207 - PONTA PORÃ		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211090018	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	180
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	120

HOSPITAL RACHID SÁLDANIA DERZI - CNES 2361027 - SONORA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	180
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	60
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	450
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	180
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	60
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	60
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	60
0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	60
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	60
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	30
		60

SOCIEDADE BENEFICENTE DONA EUMIRIA SILVERIO BARBOSA CNES 2370816 - SIDROLANDIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010028	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010036	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010044	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010052	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010079	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206010087	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
0206020015	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206020023	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206020031	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206030010	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206030029	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	700
0206030037	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	700
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1050
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	700
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	700
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	700
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	700



HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA - CNES 2756951 - TRÊS LAGOAS		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS	OFERTA DE ADESÃO
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/CONTRASTE	360
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/ OU S/ CONTRASTE	360
0206010087	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	120
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ OU S/ CONTRASTE	240
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	120
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	120
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	120
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	120
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	240
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	240
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	120
0207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	60
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	180
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	120
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	240
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR	240
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	120
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	120

0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	600
0211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1200
0205010040	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	600
0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	600
0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	600
0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	600
0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	600
0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	600
0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	600
0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	600
0211020060	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	600
0209010029	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	600
0209010037	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	1200
0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	960
0211090018	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETA	360
0201010410	BIOPSIA DE PROSTATA	180
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	360
EXAMES COM SEDAÇÃO		
0207010013	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (COM SEDAÇÃO)	300
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	300
0207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (COM SEDAÇÃO)	300
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA (COM SEDAÇÃO)	300
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA (COM SEDAÇÃO)	300
0207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM SEDAÇÃO)	300
0207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM SEDAÇÃO)	300
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	300
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX(COM SEDAÇÃO)	300
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR(COM SEDAÇÃO)	300
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA /PELVE / ABDOMEN INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	300
0207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (COM SEDAÇÃO)	300
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA (COM SEDAÇÃO)	300
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	60

0206010036-	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	60
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO- C/ OU S/ CONTRASTE(COM SEDAÇÃO)	60
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR - C/ OU S/ CONTRASTE (COM SEDAÇÃO)	60
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (COM SEDAÇÃO)	60
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR (COM SEDAÇÃO)	60
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM SEDAÇÃO)	60

EXTRATO DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N. 010/FESA/2023

Processo nº: 27/011061/2022

Procedimento Licitação: Pregão Eletrônico n. 0136/2022

Objeto: O presente termo tem por objetivo e finalidade a **aquisição de correlatos**, especificados no **Termo de Referência (Anexo 1 "A")**, em conformidade com as propostas vencedoras da licitação, visando a constituição do Sistema de Registro de Preços e firmando compromisso de fornecimento dos bens aos órgãos e entidades usuários do sistema, nas condições definidas no ato convocatório, seus anexos, propostas de preços e ata do Pregão Eletrônico n. 0136/2022 que integram este instrumento independente de transcrição, pelo prazo de validade do registro.

Fundamentação Legal: Lei Federal n. 10.520/02, subsidiariamente pela Lei Federal n. 8.666/93, Lei Federal n. 13.709/2018, bem como, pelos Decretos Estaduais n. 15.327/2019 e n. 15.454/2020 e pelas condições do Edital e seus Anexos

Data da assinatura da ATA: 15/05/2023

Vigência: A vigência do presente instrumento será de **12 (doze) meses**, conforme o Decreto Estadual n. 15.454/2020, contados da data de publicação de seu extrato Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul.

Partes

Órgão Gerenciador: **Estado de Mato Grosso do Sul** - CNPJ n. 15.412.257/0001-28, por meio da **Secretaria de Estado de Saúde** - CNPJ n. 02.955.271/0001-26, com recursos do Fundo Especial de Saúde - CNPJ n. 03.517.102/0001-77.

Detentor da Ata: **M.S. Diagnóstica Ltda** - CNPJ 00.970.175/0001-21.

M.S. Diagnóstica Ltda

TABELA DE VALORES - ANEXO I

CONSULTA MÉDICA, COM ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA,

QUANTIDADE DE CONSULTAS:

700

VALOR POR CONSULTA

RS 100,00

VALOR TOTAL

RS 70.000,00

CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR INCENTIVO ESTADUAL:	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICÍPIO POR PROCEDIMENTO:	% A EMPRESA - EQ. CIRÚRGICA - EQ. ANESTÉSICA - POR	% EQUIPE CIRÚRGICA - POR PROCEDIMENTO:	% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
04.04.01.048-2	48	R\$ 2.969,52	R\$ 142.336,96	30	70	74,286	25,714
04.04.01.001-6	48	R\$ 2.089,08	R\$ 100.275,84	626,72	R\$ 1.462,36	R\$ 1.544,16	R\$ 534,51
04.04.01.002-4	48	R\$ 1.839,42	R\$ 88.292,16	351,83	R\$ 1.287,59	R\$ 1.086,33	R\$ 376,03
04.04.01.003-2	48	R\$ 1.686,10	R\$ 80.932,80	505,83	R\$ 1.180,27	R\$ 956,50	R\$ 331,09
04.04.01.041-5	48	R\$ 1.578,25	R\$ 75.756,00	473,48	R\$ 1.104,78	R\$ 876,78	R\$ 303,49
TOTAL GERAL:	240	R\$ 10.162,37	R\$ 487.793,76	146.338,13	R\$ 341.455,63	R\$ 253.653,73	R\$ 87.801,90

EQUIPE CIRÚRGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornecê-lo, ademais se responsabilizará pelo fornecimento dos medicamentos/ insumos a serem utilizados para execução dos procedimentos. Os profissionais que integrarão a equipe não poderão coincidir com o profissional que estiver de plantão presencial ou sobreaviso na unidade Hospitalar. No valor da tabela, já está incluso o Valor da Consulta, procedimento cirúrgico e o pós-operatório/ consulta pós-operatório.

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirúrgico, procedimento cirúrgico e o pós-operatório/ consulta pós-operatório.

CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR INCENTIVO ESTADUAL:	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICÍPIO POR PROCEDIMENTO:	% A EMPRESA - EQ. CIRÚRGICA - EQ. ANESTÉSICA - POR	% EQUIPE CIRÚRGICA - POR PROCEDIMENTO:	% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
04.09.03.002-3	48	R\$ 4.006,84	R\$ 192.328,32	40	60	70	30
04.09.04.021-5	48	R\$ 1.284,85	R\$ 61.672,80	513,94	R\$ 770,91	R\$ 1.682,87	R\$ 721,23
04.09.04.023-1	48	R\$ 1.287,80	R\$ 61.814,40	515,12	R\$ 772,68	R\$ 539,64	R\$ 231,27
04.09.05.008-3	48	R\$ 942,22	R\$ 45.226,56	376,89	R\$ 565,33	R\$ 540,88	R\$ 231,80
TOTAL GERAL:	192	R\$ 7.521,71	R\$ 361.042,08	144.416,83	R\$ 216.625,25	R\$ 151.637,67	R\$ 64.987,57

EQUIPE CIRÚRGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornecê-lo. Esses profissionais que integrarão a equipe não poderão coincidir com o profissional que estiver de plantão presencial ou sobreaviso na unidade Hospitalar. No valor da tabela, já está incluso o Valor da Consulta, procedimento cirúrgico e o pós-operatório/ consulta pós-operatório.

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirúrgico, procedimento cirúrgico e o pós-operatório/ consulta pós-operatório.

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR INCENTIVO ESTADUAL:	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICÍPIO POR PROCEDIMENTO:	% A EMPRESA - EQ. CIRÚRGICA - EQ. ANESTÉSICA - POR	% EQUIPE CIRÚRGICA - POR PROCEDIMENTO:	% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
	40			40	60	70	30

04.07.02.028-4	HEMORRHOIDECTOMIA	48	R\$ 1.895,64	R\$ 90.990,72	R\$ 758,26	R\$ 1.137,38	R\$ 796,17	R\$ 341,22
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	48	R\$ 3.478,85	R\$ 166.984,80	R\$ 1.391,54	R\$ 2.087,31	R\$ 1.461,12	R\$ 626,19
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	48	R\$ 2.799,35	R\$ 134.368,80	R\$ 1.119,74	R\$ 1.679,61	R\$ 1.175,73	R\$ 503,88
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	48	R\$ 2.699,60	R\$ 129.580,80	R\$ 1.079,84	R\$ 1.619,76	R\$ 1.133,83	R\$ 485,93
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/ CRURAL (UNILATERAL)	48	R\$ 2.130,10	R\$ 102.244,80	R\$ 852,04	R\$ 1.278,06	R\$ 894,64	R\$ 383,42
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	48	R\$ 2.277,55	R\$ 109.322,40	R\$ 911,02	R\$ 1.366,53	R\$ 956,57	R\$ 409,96
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	48	R\$ 2.082,15	R\$ 99.943,20	R\$ 832,86	R\$ 1.249,29	R\$ 874,50	R\$ 374,79
04.07.04.022-6	REPARAÇÃO DE OUTRAS HERNIAS	48	R\$ 2.174,95	R\$ 104.397,60	R\$ 869,98	R\$ 1.304,97	R\$ 913,48	R\$ 391,49
	TOTAL GERAL:	432	R\$ 13.377,67	R\$ 642.041,28	R\$ 535,07	R\$ 802,60	R\$ 561,82	R\$ 240,78
	EQUIPE CIRURGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornecer-lo.		R\$ 20.875,86	R\$ 1.002.041,28	R\$ 400,816,51	R\$ 601.224,77	R\$ 420.857,34	R\$ 180.367,43

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	PROCEDIMENTO:	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	INCENTIVO ESTADUAL:	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICIPIO POR PROCEDIMENTO:			% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
					% A EMPRESA - EQ. CIRURGICA - POR	% EQUIPE CIRURGICA - POR	% ANESTESISTA - POR	
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	96	R\$ 4.745,65	R\$ 455.582,40	40	60	70	30
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	96	R\$ 3.362,30	R\$ 322.780,80	R\$ 1.898,26	R\$ 2.847,39	R\$ 1.993,17	R\$ 854,22
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	96	R\$ 3.170,15	R\$ 304.334,40	R\$ 1.344,92	R\$ 2.017,38	R\$ 1.412,17	R\$ 605,21
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	96	R\$ 2.031,45	R\$ 195.019,20	R\$ 1.268,06	R\$ 1.902,09	R\$ 1.331,46	R\$ 570,63
	TOTAL GERAL:	384	R\$ 13.309,55	R\$ 1.277.716,80	R\$ 511.086,72	R\$ 766.630,08	R\$ 853,21	R\$ 365,66
	EQUIPE CIRURGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornecer-lo.		R\$ 13.309,55	R\$ 1.277.716,80	R\$ 511.086,72	R\$ 766.630,08	R\$ 853,21	R\$ 365,66
	ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.							R\$ 229.989,02

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	PROCEDIMENTO:	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	INCENTIVO ESTADUAL:	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICIPIO POR PROCEDIMENTO:			% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
					% A EMPRESA - EQ. CIRURGICA - POR	% EQUIPE CIRURGICA - POR	% ANESTESISTA - POR	
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	48	R\$ 4.139,92	R\$ 198.716,16	40	60	70	30
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ CAVO	48	R\$ 2.147,36	R\$ 103.073,28	R\$ 1.655,97	R\$ 2.483,95	R\$ 1.738,77	R\$ 745,19
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ PLANO VALGO	48	R\$ 2.147,36	R\$ 103.073,28	R\$ 858,94	R\$ 1.288,42	R\$ 901,89	R\$ 386,52
04.08.06.044-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PÉ TORTO CONGENITO	48	R\$ 2.272,48	R\$ 109.079,04	R\$ 858,94	R\$ 1.288,42	R\$ 901,89	R\$ 386,52
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	48	R\$ 1.376,40	R\$ 66.067,20	R\$ 908,99	R\$ 1.363,49	R\$ 954,44	R\$ 409,05
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	48	R\$ 1.647,28	R\$ 79.069,44	R\$ 550,56	R\$ 825,84	R\$ 578,09	R\$ 247,75
	TOTAL GERAL:	336	R\$ 15.177,70	R\$ 728.529,60	R\$ 578,76	R\$ 988,37	R\$ 691,86	R\$ 296,51
	EQUIPE CIRURGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornecer-lo.		R\$ 15.177,70	R\$ 728.529,60	R\$ 291.411,84	R\$ 437.117,76	R\$ 305.982,43	R\$ 131.135,33
	ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.							R\$ 260,44

EQUIPE CIRURGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentalizador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornece-lo. Esses profissionais que integrarão a equipe não poderão coincidir com o profissional que estiver de plantão presencial ou sobreaviso na unidade Hospitalar. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO		QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICIPIO POR PROCEDIMENTO:	% A EMPRESA - EQ. CIRURGICA - EQ. ANESTESIA - POR	% EQUIPE CIRURGICA - POR PROCEDIMENTO:	% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
04.06.02.056-6	PROCEDIMENTO:	48	R\$ 139.689,60	20	80	77,5	22,5
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	48	R\$ 116.008,80	R\$ 582,04	R\$ 2.328,16	R\$ 1.804,32	R\$ 523,84
	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	48	R\$ 2.416,85	R\$ 483,37	R\$ 1.933,48	R\$ 1.498,45	R\$ 435,03
	TOTAL GERAL:	96	R\$ 255.698,40	R\$ 51.139,68	R\$ 204.558,72	R\$ 158.533,01	R\$ 46.025,71

EQUIPE CIRURGICA: A empresa credenciada será responsável por definir e montar a equipe que deverá ser composta OBRIGATORIAMENTE por: médico especialista/ cirurgião e médico auxiliar, caso a empresa opte por necessitar de instrumentalizador ficará sob a responsabilidade da mesma em fornece-lo, ademais se responsabilizará pelo fornecimento dos medicamentos/ insumos a serem utilizados para execução dos procedimentos. Os profissionais que integrarão a equipe não poderão coincidir com o profissional que estiver de plantão presencial ou sobreaviso na unidade Hospitalar. No valor da tabela, já estará incluso o Valor da Consulta, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

ANESTESIOLOGISTA: A empresa credenciada será responsável pela Consulta/ Risco pré cirurgico, procedimento cirurgico e o pós operatório/ consulta pós operatório.

QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR UNITÁRIO DO INCENTIVO ESTADUAL	VALOR TOTAL DOS PROCEDIMENTOS	% AO MUNICIPIO POR PROCEDIMENTO:	% A EMPRESA - EQ. CIRURGICA - EQ. ANESTESIA - POR PROCEDIMENTO:	% EQUIPE CIRURGICA - POR PROCEDIMENTO:	% ANESTESISTA - POR PROCEDIMENTO:
1248	R\$ 72.374,24	R\$ 4.112.821,92	1,545,209,71	2.567.612,21	1.827.305,24	740.306,97

Os valores de incentivo para custear a realização dos procedimentos, foram advindos da Resolução n. 42/CIB/MS Campo Grande, 04 de maio de 2023, a qual dispõe sobre a pactuação dos procedimentos a serem elencados no Plano Estadual de Atenção de Fila de Cirurgias Eletivas no Estado de Mato Grosso do Sul.

Marcelo Grei Alves Vidal de Figueiredo

Gerente de Saúde e Ordenador de Despesas.