



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Decam - Departamento de Convênios e Assistência Médica
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - Cep: 04029-000

MANUAL TABELA IAMSPE

Versão 0112

INTRODUÇÃO

O INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - IAMSPE tem como objetivo primordial propiciar aos seus contribuintes, dependentes legais e agregados, diretamente ou através de terceiros, assistência médica.

Todos os servidores públicos do Estado de São Paulo, funcionários do IAMSPE, funcionários de Entidades conveniadas junto ao IAMSPE cujo holerite ou demonstrativo de pagamento apresente desconto a favor do IAMSPE terão direito a assistência Médico-Hospitalar no IAMSPE, desde que estejam inscritos no Cadastro IAMSPE e apresentem CARTÃO IAMSPE dentro do prazo de validade, o que os identifica como usuário.

O Decam coordena uma Rede de Serviços de Saúde localizada na Grande São Paulo e Interior constituída pelos serviços próprios – Ceamas e pelos contratados – Entidades, médicos credenciados em clínicas ou consultórios e laboratórios de análises clínicas.

Os Serviços de Saúde Próprios do IAMSPE incluem os Centros de Assistência Médico-Ambulatorial – Ceamas e Escritórios Regionais, localizados na Grande São Paulo e Interior do Estado, subordinados ao Departamento de Convênios – Decam. E, na Capital há o Hospital do Servidor Público Estadual – HSPE.

A descentralização da assistência médica vem permitindo que o atendimento se dê o mais próximo possível da residência do usuário, em particular nas cidades de médio e grande porte.

O Manual e a Tabela IAMSPE são instrumentos para orientação e pagamento dos Serviços Médicos, dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento e dos Serviços Hospitalares contratados de terceiros. Destina-se aos serviços que integram a rede de assistência à saúde do IAMSPE.

Para receber o atendimento médico-hospitalar, os usuários do Instituto devem se identificar, apresentando:

1. Número de Inscrição IAMSPE, e documento que o identifique como usuário cadastrado no IAMSPE;
2. Documento de identidade.

No caso do contribuinte, dependente legal ou agregado não possuir o Número de Inscrição IAMSPE, a Entidade deverá instruí-lo de que o mesmo poderá ser obtido junto aos Ceamas de referência, localizados no Interior e Grande São Paulo, ou no Hospital do Servidor Público Estadual – HSPE, na capital. Nesta situação, para o atendimento de urgência, o contribuinte deverá apresentar demonstrativo de pagamento ou holerite (último ou penúltimo referente ao mês de pagamento), que demonstre desconto do contribuinte ou agregados junto ao IAMSPE. Este documento

comprova que o contribuinte e/ou do agregado efetivamente contribui a favor do IAMSPE.

I. INSTRUÇÕES GERAIS

As instruções técnico-administrativas contidas no presente Manual têm como objetivo orientar os técnicos do Decam / Ceamas e os Prestadores no que se refere aos procedimentos de Atendimento Ambulatorial – Consultas e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT e de Internação Hospitalar constantes da Tabela IAMSPE.

O Decam não se responsabiliza pelo pagamento de serviços prestados, nas seguintes circunstâncias;

- ✓ Procedimentos não constantes da TABELA IAMSPE vigentes, na ocasião dos serviços prestados.
- ✓ Executados em desacordo com as instruções técnicas deste MANUAL/TABELA
- ✓ Realizados por Entidades ou pessoas não autorizadas a efetivá-los.
- ✓ Não previstos na FPO – Ficha de Programação Física e Orçamentária, integrante do Processo de Contrato de Prestação de Serviços Médico Hospitalares assinado entre o IAMSPE e a Entidade.
- ✓ Procedimentos realizados acima do teto financeiro estipulado pelo contrato.

A avaliação, controle e acompanhamento dos serviços prestados pelas Entidades contratadas na Grande São Paulo e no Interior do Estado de São Paulo pelo IAMSPE é de responsabilidade do DEPARTAMENTO DE CONVÊNIOS E ASSISTÊNCIA MÉDICO-AMBULATORIAL – Decam. Os hospitais e prestadores quando necessitarem realizar exames que requeiram autorizações prévias e para todas as internações, obrigatoriamente deverão solicitá-los no Portal IAMSPE.

Os procedimentos de SADT e INTERNAÇÃO HOSPITALAR classificados como de ALTA COMPLEXIDADE poderão ser realizados apenas por Entidades contratadas / conveniadas previamente habilitadas e autorizadas pelo Decam (**ANEXO I**). A habilitação destas Entidades está vinculada à avaliação de necessidade destes serviços pela equipe técnica do Decam, e a disponibilidade de recursos orçamentários.

Os pacientes atendidos em Entidades não habilitadas e que necessitarem destes procedimentos deverão ser encaminhados a Entidades de referência habilitadas ou ao HSPE, após contato prévio com o CEAMA de referência da região ou com o Núcleo de internações e alto custo Decam/IAMSPE.

O Decam utiliza-se dos dados contidos no Prontuário Médicos como instrumento de informação no processo de auditoria médica para fins de avaliação e controle no aspecto meramente assistencial com o objetivo de garantir aos usuários IAMSPE um atendimento de qualidade, bem como proteger o IAMSPE de eventuais distorções e irregularidades, portanto, é obrigatória a existência e a manutenção de Arquivos e Prontuários Médicos em todas as unidades próprias e conveniadas.

Entende-se como prontuário médico, um conjunto de documentos padronizados pela Entidade destinados aos registros dos cuidados profissionais prestados ao paciente. É um instrumento indispensável para aferir a assistência médica hospitalar prestada ao paciente.

Documentos de avaliação:

- ✓ Ficha de Evolução de Enfermagem
- ✓ Ficha de Evolução e Prescrição Médicas
- ✓ Ficha de Identificação e anamnese do paciente
- ✓ Ficha para Descrição do Ato Cirúrgico, em Procedimentos Cirúrgicos.
- ✓ Ficha para Descrição dos Atos Anestésicos, em Procedimentos Anestésicos.
- ✓ Guia de Autorização de Internação Hospitalar
- ✓ Laudo de Solicitação de Autorização.
- ✓ Laudos Comprobatórios da realização dos SADT, assinados pelos profissionais responsáveis.
- ✓ Partograma e Ficha do Recém-nato, em Obstetrícia.
- ✓ Registro Gráfico dos Sinais Vitais
- ✓ Resumo Clínico (preenchido na ocasião da alta, assinado pelo médico assistente e o paciente).

* Todos os documentos do prontuário médico devem estar corretamente preenchidos com letra legíveis, assinados e carimbados.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.821/07 - Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 5º Como o “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, exige o uso de assinatura digital, e conforme os artigos 2º e 3º desta resolução, está autorizada a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, até a implantação do CRM Digital pelo CFM, quando então será dado um prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias para que os sistemas informatizados incorporem este novo certificado.

Art. 6º No caso de microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados de acordo com a legislação específica que regulamenta essa área e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

A falsa declaração ou fraude na prestação de serviços contratados sujeita o(s) infrator (es) às sanções do artigo 171 e/ou 229 do Código Penal, ou disposição legal que vier substituí-lo.

O credenciamento do corpo clínico é universal. Entretanto, os médicos devem ser habilitados através da Entidade contratada, que enviará, documento assinado pelo Diretor Clínico e/ou Responsável pela mesma, a solicitação de inclusão dos profissionais médicos interessados em atender os usuários IAMSPE. O documento deverá conter as seguintes informações: nome do profissional, o nº do CRM, a(s) especialidade(s) médica(s) e os procedimentos que serão realizados.

Admite-se a habilitação em até no máximo de duas (2) especialidades médicas que deverão ser comprovadas mediante cópia do(s) título (s) de especialista (s) emitidos, obrigatoriamente, pela Associação Médica Brasileira (AMB) ou pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). As especialidades médicas solicitadas deverão ser somente às descritas nas consultas médicas na Tabela IAMSPE.

Quanto ao credenciamento de médicos em consultórios ou clínicas é admitida a habilitação em uma especialidade. Credenciamento para mais de uma especialidade poderá ser autorizado em caráter excepcional dependendo do interesse e à avaliação de necessidade destes serviços na localidade pela equipe técnica do Decam.

O atendimento ao usuário do IAMSPE somente poderá ser executado após a autorização e comunicação por escrito pelo Decam, exceto em casos de urgência/emergência.

O médico que presta atendimento médico ambulatorial e, também realiza SADT, e que, portanto pode gerar exames para si próprio, obrigatoriamente deverá optar por uma única atividade, na qual se habilitará. Exceção feita para Diagnóstico em: Oftalmologia, Urologia e Ginecologia/Obstetrícia.

A qualquer tempo poderá ser proposto pela entidade, à inclusão ou a exclusão de médicos de seu corpo clínico mediante o envio de ofício assinado pelo Diretor Clínico ou Administrativo comunicando o fato a Diretoria do Decam.

A inclusão de procedimentos não constantes da Tabela IAMSPE será possível, desde que solicitado por escrito, aprovado pela Direção do Decam e referendada pela Superintendência deste Instituto.

A aprovação do procedimento passará pela análise e estudo técnico realizado por Equipe Técnica designada para esta finalidade que deverá justificar a necessidade, a viabilidade e o impacto da implantação do procedimento proposto bem como o seu custo X benefício.

O modo de apresentação do faturamento ou as documentações a serem enviadas poderão ser alterados com a implantação plena do processo informatizado

de faturamento, sendo as entidades científicas através de ofício circular emitido pelo Decam e disponibilizado no site do Instituto.

II. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

As consultas médicas devem ser realizadas, nas instalações da Entidade contratada ou nos consultórios de médicos credenciados e realizadas mediante preenchimento pelo médico de impresso próprio do Instituto modelo TISS.

1. Consulta Médica

Consiste na avaliação médica onde, após o exame clínico, o médico orienta o usuário quanto ao problema apresentado por este.

2. Consulta com Terapia

Consiste em consulta médica realizada no Pronto - Socorro ou em urgência em ortopedia com indicação de terapia e administração de medicamentos (intramuscular, endovenosa, sublingual), inalação, troca de sondas ou realização de curativos.

A administração de medicação por via oral não configura consulta com terapia. Não é permitida a cobrança com terapia em consultas com especialistas, exceto urgência em traumatologia. Neste caso é imprescindível a anotação na Guia de Consulta: o diagnóstico, tratamento realizado, horário de entrada e alta do paciente.

3. Consulta com Observação

Consiste em consulta médica com observação realizado no Pronto-Socorro ou em urgência em ortopedia em que haja necessidade de avaliação e acompanhamento por um período de no mínimo de 04 (quatro) horas. Neste caso é imprescindível a anotação na Guia de Consulta: o diagnóstico, tratamento realizado, horário de entrada e alta do paciente.

Tanto na “consulta com terapia” quanto na “consulta com observação” a remuneração da consulta está inclusa, não cabendo a cobrança de “consulta” em separado.

É permitida a cobrança de uma vez o código 02011069 - **Interconsulta em Atendimento Médico de Urgência com Observação** por internação independente do número de avaliações (interconsultas) realizadas.

É vedada a cobrança de nova consulta médica em prazo inferior a 30 (trinta) dias, para o mesmo profissional, sem justificativa médica adequada. A entrega e avaliação de exames complementares requisitados pelo médico, dentro desse prazo, não será avaliar consulta.

Quando a consulta médica for seguida de ato médico, somente será pago o de maior valor: consulta ou ato médico. Ex. Consulta e Retirada de cerume – cabe somente a cobrança de uma vez o código 08091064 - Remoção de cerume do CAE (código para retirada unilateral ou bilateral).

O primeiro atendimento que inclua ato cirúrgico implicará somente no pagamento deste. Nele fica incluído o valor da consulta ou quaisquer outros atos relacionados com a sequência desse atendimento.

A consulta de oftalmologia inclui: anamnese, refração, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

III. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO – SADT

O Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia consiste em realização de procedimentos com finalidade de investigação diagnóstica como, por exemplo: raios-X, exame de laboratório ou tratamento (exemplo: cauterização).

O Decam segue as normas e diretrizes do Ministério da Saúde como critério para autorização de SADT.

Os SADT's devem ser pedidos criteriosamente, evitando-se a multiplicidade ou repetição de exames desnecessariamente.

Somente devem ser requisitados, em impresso próprio do Instituto, pelo médico do Ceama, médico habilitado pela entidade contratada ou médico contratado, os SADT's compatíveis com o quadro nosológico. Não serão aceitos recursos de glosas geradas pelo preenchimento incorreto do impresso.

As requisições devem ser preenchidas e assinadas de próprio punho pelo médico sempre em aposição ao seu carimbo nominal, não se admitindo a utilização de impresso não oficial e nem receituário particular.

O Decam, só se responsabiliza pelo pagamento dos SADTS previstos na FPO (Ficha de Programação Orçamentária).

Além disso, os SADTS relacionados na Tabela Iamspe como “AP” necessitam de AUTORIZAÇÃO PRÉVIA e deverão ser solicitados no Portal Iamspe

NÃO é mais necessário anexar as cópias reprográficas dos resultados ou laudos às contas, porém a entidade deverá mantê-las por um período de 03 (três) meses à disposição para eventual consulta por parte da auditoria de contas médicas.

Se durante a realização de endoscopia diagnóstica for constatada a necessidade da realização de procedimento intervencionista, cabe a cobrança apenas do SADT de maior valor. Ex. Realização de colonoscopia com detecção e retirada de pólio de colon – Cabe a cobrança de Polipectomia de colon. A remuneração da colonoscopia está inclusa na polipectomia de colon, não sendo permitida a cobrança em separado.

Excepcionalmente o Decam poderá autorizar SADTS não previstos na FPO desde que comprovada indicação e utilizar o código 00091014 para cobrança, se autorizado.

2. SADT - Instruções Complementares

2.1. Oftalmologia

A consulta padrão inclui: Anamnese, Refração, Retinoscopia e Ceratometria, Fundoscopia, Biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Curva Tensional Diária: Devem constar no relatório todos os horários e medidas de pressão intra-ocular efetuadas.

Exame de Motilidade Ocular Completa ou Teste Ortóptico – deve constar do relatório: Acuidade Visual, Exame de Prisma e Cover, Binocularidade e Dominância Ocular, Versões Diagnósticas; Posições Diagnósticas, Sensorialidade (Titmus,etc), Conclusões. Deve-se ressaltar que o Exame sumário da Motilidade Ocular está incluso na consulta padrão.

Fundoscopia está incluída na consulta padrão. Pode ser efetuada a fundoscopia sob midríase, quando há solicitação de outro médico assistente em casos de moléstias como: HAS, DM, Tratamentos utilizando cloroquina, etc. e então este exame é efetuado solitariamente, sem cobrança oftalmológica simultânea.

Teste e adaptação de lente de contato: devem constar no laudo Refração, Ceratometria e os parâmetros das lentes a serem receitadas.

Tonometria: deverá ser encaminhada com o horário de realização e as medidas obtidas no exame.

Biometria Ultrassônica: está incluso na cirurgia de facetomia ou facoemulsificação não cabendo a cobrança em separado.

NÃO é mais necessário anexar as cópias reprográficas dos laudos às contas, porém a entidade deverá mantê-las por um período de 03 (três) meses à disposição para eventual consulta por parte da auditoria de contas médicas.

Somente será permitida a cobrança dos procedimentos em oftalmologia, de acordo com a indicação do procedimento especificado - binocular ou monocular.

Exemplo:

1. Gonioscopia é um procedimento BINOCULAR, portanto se for realizado em 01 ou 02 olhos deverá ser cobrado somente 01 procedimento.
2. Retinografia (colorida) é um procedimento MONOCULAR, portanto deverá ser cobrado 01 procedimento para cada olho.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO
17071003	OFTALMOLOGIA I	
17071011	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	BINOCULAR
17071020	TONOMETRIA APLANACAO	BINOCULAR
17071038	FUNDOSCOPIA	BINOCULAR
17071046	ESTESIOMETRIA	BINOCULAR
17071054	GONIOSCOPIA	BINOCULAR
17071062	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	BINOCULAR
17071070	TESTE DE SCHIRMER	BINOCULAR
17071089	TESTE DE VISAO DE CORES	BINOCULAR
17072000	OFTALMOLOGIA II	
17072026	CURVA TENSIONAL DIARIA	BINOCULAR
17072034	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	MONOCULAR
17072042	BIOMETRIA ULTRASSONICA	MONOCULAR
17072050	RETINOGRAFIA (COLORIDA)	MONOCULAR
17072069	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	BINOCULAR
17073006	OFTALMOLOGIA III	
17073022	CHECK-UP DE STRABISMO COM SINOPTOFORO	BINOCULAR
17073049	TESTE PARA ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	BINOCULAR
17073065	MAPEAMENTO DE RETINA	MONOCULAR
17073073	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	MONOCULAR
17074002	OFTALMOLOGIA IV	
17074010	ELETRORETINOGRAMA	MONOCULAR
17074029	ELETROOCULOGRAMA	BINOCULAR
17074037	POTENCIAL EVOCADO	MONOCULAR
17074045	RETINOGRAMA FLUORESCENTE	MONOCULAR
17074053	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	MONOCULAR
17074061	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	MONOCULAR
17074070	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA COM GRAFICO	MONOCULAR

A cobrança de biometria ultrassônica, nos códigos de facectomia ou facoemulsificação em nível ambulatorial e de internação, só é permitida quando for

realizado o procedimento cirúrgico, não cabendo de forma isolada. É importante assinalar que a biometria está inclusa no código 36020052.

2.2. Terapias e Cirurgias em Dermatologia

a) Será pago uma vez o código 02021013 - Excisão/Sutura simples de pequenas lesões de pele/mucosa, por tratamento, independente da extensão e profundidade das lesões por grupo de até 05 (cinco) lesões **por região anatômica**.

b) Os procedimentos abaixo prevêm o pagamento da retirada de grupo de até 05 (cinco) lesões **por região anatômica**.

Código	Descrição
08011087	Eletrocoagulação
08011184	Fulguração/Cauterização química de pequenas lesões
08011281	Retirada de lesão por Shaving
19042027	Cauterização química de pequenas lesões
19041012	Crioterapia

c) A cobrança por unidade fica condicionada à análise prévia da auditoria e ao resultado do anatomopatológico.

Código	Descrição
08011176	Exerese de tumor de pele

d) O código abaixo deve ser utilizado para a cobrança de exerese de grupo de até 05 (cinco) lesões de nevus e linfangiomas **por região anatômica**.

Código	Descrição
08012032	Excisão / Sutura linfangiomas ou nevus

e) O código abaixo deve ser utilizado para cobrança para até 05 (cinco) hemangiomas **por região anatômica**.

Código	Descrição
08011095	Excisão e sutura de hemangiomas

f) O código abaixo é permitida a cobrança de uma vez por retirada de nevus, hemangioma, linfagioma, e de tumor de pele.

Código	Descrição
12012017 5	Exame anatomopatológico de peça cirúrgica convencional

- g) Os pacientes portadores de lesões estéticas deverão ser encaminhados ao HSPE.
- h) O Relatório Médico devidamente preenchido e assinado pelo responsável deverá ser enviado ao Decam juntamente com a autorização prévia para cobrança.
- i) É permitida a cobrança dos códigos de considerados de ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA PLÁSTICA (abaixo relacionados) em casos de **tumor maligno de pele após autorização da Regulação do IAMSPE** e avaliação do supervisor do Ceama se a auditoria considerar necessário.

Código	Descrição
38016010	Enxerto composto
38003015	Enxerto Dermo Epidérmico
38004011	Enxerto livre de pele total
38022010	Excisão e enxerto de pele (hemangioma, nevus ou tumor)
38007010	Excisão e sutura de lesão na pele com plástica em Z ou rotação de retalho
38024012	Homoenxertia ato cirurgico pre e pos operatórios
38026015	Tratamento em estágios subsequentes de enxertia
38009013	Preparo de retalho
38012014	Transferência intermediária de retalho
38010011	Preparo de tubo pediculado
38005123	Retração cicatricial - correção em um estágio

As entidades de referência que estão autorizados a cobrança destes códigos são:

1. Araçatuba – Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba.
2. Araraquara – Santa Casa de Araraquara.
3. Bauru – Associação Hospitalar de Bauru.
4. Botucatu – UNESP.

5. Catanduva – Fundação Padre Albino.
6. Franca – Fundação Civil de Franca.
7. Marília – Hospital Universitário.
8. São Bernardo do Campo – Hospital São Bernardo.
9. São José dos Campos – Hospital Pio XII.
10. São José do Rio Preto – Santa Casa de São José do Rio Preto.
11. Sorocaba: Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba.
12. Presidente Prudente: Santa Casa de Presidente Prudente.

j) São consideradas regiões anatômicas: **cabeça, pescoço, membro superior direito, membro superior esquerdo; tórax, abdome, membro inferior direito e membro inferior esquerdo.**

2.3. Quimioterapia Ambulatorial

As entidades contratadas deverão utilizar para solicitação de quimioterapia ambulatorial os códigos do grupo 29. Cabe a solicitação de uma vez o código da patologia por mês independente do número de sessões ou quimioterápicos utilizados.

Para a solicitação de quimioterapia é obrigatório:

- a) Solicitação no Portal Iamspe;
- b) Anexar scanado no Portal Iamspe Laudo Médico para Autorização de Quimioterapia – Decam/Iamspe e Laudo do anatomopatológico para avaliação pelo Serviço de Oncologia do HSPE.

As GUIAS (senhas) de autorizações de quimioterapia terão validade de um mês. No final deste prazo a entidade deverá solicitar revalidação da autorização através da emissão de nova guia. Se o médico assistente alterar o esquema quimioterápico, a entidade deverá solicitar uma nova autorização.

Para o faturamento mensal de Quimioterapia há necessidade do envio do relatório médico atualizado informando a evolução e o quadro atual do paciente.

6. – Radioterapia

Para a solicitação de radioterapia é obrigatório:

- a) Solicitação no Portal Iamspe dos procedimentos radioterápicos que serão realizados no mês;
- b) Anexar scanado no Portal Iamspe, Laudo Médico e laudo de anatomopatológico (se houver) para a avaliação pelo Serviço de Radioterapia do HSPE.

As GUIAS (senhas) de autorizações de radioterapia terão validade de um mês. No final deste prazo a entidade deverá solicitar autorização para a continuidade do tratamento através da emissão de nova GUIA.

Para o faturamento mensal de Radioterapia há necessidade do envio do relatório médico atualizado informando a evolução e o quadro atual do paciente, além datas das realizações das sessões e nº de campos.

O Iamspe, a priori, admite a cobrança:

A - Número máximo de campos de radioterapia externa com megavoltagem de tumores malignos (inclui a dose de reforço / boost)

Nº	Localização Primária/Tumor	Nº Máximo de Campos
01	Ânus e canal anal	105
02	Bexiga	140
03	Boca/língua/orofaringe/nasofaringe/hipofaringe	105
04	Cólon	60
05	Colo Uterino	120
06	Corpo uterino	110
07	Doença de Hodgkin (anel de Waldayer)	40
08	Doença de Hodgkin (Supra – diafragmática)	80
09	Doença de Hodgkin (Infra – diafragmática)	80
10	Esôfago	105
11	Estômago	60
12	Fígado	40
13	Hipófise	90
14	Intestino delgado	60
15	Lábio (sem incluir as cadeias linfáticas = 70)	105
16	Laringe (sem incluir as cadeias linfáticas = 70)	105
17	Leucemia (meningite leucêmica)	70
18	Leucemia (profilaxia em sistema nervoso central)	30
19	Leucemia Mielóide Crônica (baço)	20
20	Leucemia Mielóide (cloroma linfonodal)	20
21	Leucemia Mielóide (cloroma não linfonodal)	30
22	Linfoma não Hodgkin (por localização)	40
23	Mama (*)	120
24	Meduloblastoma/ Ependimoma	120
25	Metástase cerebral	60
26	Metástase linfática (por localização anatômica)	40
27	Metástase linfática de Tumor Primário Desconhecido - ausência de linfonodo cervical palpável (doença	75
28	Metástase linfática de Tumor Primário Desconhecido - presença de linfonodo cervical palpável (doença	105
29	Metástase óssea (por localização anatômica)	40
30	Mieloma múltiplo (por localização anatômica –	20
31	Olho (metástase retrocular)	20
32	Olho (retinoblastoma)	50
33	Ossos (tumor primário)	80
34	Ovário (tumor)	100
35	Ovários (hormonioterapia do carcinoma de mama por ooforectomia bilateral actínica)	06

36	Pâncreas (usualmente 50)	10
37	Parótida	105
38	Partes moles (tumor primário)	75
39	Partes moles (sarcoma pediátrico)	60
40	Pele – tumores epiteliais (por lesão)	30
41	Pele (com cadeias linfáticas)	95
42	Pênis (tumor primário e cadeias linfáticas inguinais)	120
43	Pineal	60
44	Plasmocitoma	50
45	Próstata	144
46	Pulmão – brônquios ou pulmão (usualmente 76)	90
47	Reto	100
48	Reto-sigmóide (junção)	105
49	Retroperitônio (sarcoma ou metástase)	50
50	Rim/Ureter/Supra-Renal	60
51	Sarcoma de Kaposi	60
52	Seios da face	95
53	Sistema nervoso central (tumor primário)	70
54	Testículo	75
55	Timo	50
56	Tireóide (sem incluir o mediastino = 60)	85
57	Traquéia (usualmente 76)	90
58	Vagina	90
59	Vulva	90
60	Vesícula e vias biliares extra-hepáticas	70

(*) 110: Radioterapia profunda (Unidade de cobalto ou acelerador linear); 10: Radioterapia superficial (Roentgenterapia ou Eletronterapia).

B - Número máximo de campos de radioterapia de doenças ou condições benignas

Nº	Código da CID	Nº Máximo de Campos
01	B07 Verruga	05
02	B35.1 Tinha das unhas	05
03	D18.0 Hemangioma (40, se 02 campos por dia)	60
04	E05.0 Tireotoxicose com bócio difuso	10
05	G50.0 Nevralgia do trigêmeo	03
06	H05.1 Inflamação aguda da órbita (10, se unilateral)	20
07	H53.3 Outros transtornos da visão binocular	05
08	I25.1 Doença cardiovascular aterosclerótica (prevenção de re-estenose)	05
09	L91.0 Cicatriz quelóide (profilaxia pós-mastectomia bilateral;	36
10	L91.0 Cicatriz quelóide (profilaxia em pele da região abdominal)	20
11	L91.0 Cicatriz quelóide (profilaxia por região especificada)	06
12	M15.x / M18.x Artrose	05
13	M16.x Coxartrose (05, se unilateral)	10
14	M17.x Gonartrose (05, se unilateral)	10
15	M35.0 Síndrome de Sjögren	05
16	M65.x Sinovite e tenossinovite (05, se unilateral)	10
17	M70.x Bursite (05, se unilateral)	10

18	M75.x Capsulite/Tendinite/Bursite (05, se unilateral)	10
19	M76.x Tendinite	05
20	N48.6 Balanite xerótica obliterante	10
21	N62 Ginecomastia (profilaxia ou terapia; 06, se com eletroterapia)	12

2.4 Fisioterapia

Os serviços dos atos profissionais relativos à fisioterapia poderão ser cobrados de acordo com os códigos abaixo relacionados, limitados a **um código por dia independente do número de procedimentos fisioterápicos realizados (US, ondas curtas, teens, etc.) ou de patologias apresentadas.**

18000010	FISIOTERAPIA EM PACIENTES AMBULATORIAIS
18011101	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM DISFUNÇÕES NEUROFUNCIONAIS
18021026	FISIOTERAPIA EM DISFUNCOES CARDIACAS DISFUNCOES DE ORIGEM VASCUL
18031030	FISIOTERAPIA EM DISFUNCOES CARDIACAS EM DISFUNÇÕES DE ORIGEM RESPIRATÓRIA
18041094	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM DISFUNCOES DO SISTEMA OSTEOARTIC/MUSC
18051030	FISIOTERAPIA EM DISFUNCOES CARDIACAS

A priori, somente os especialistas poderão encaminhar para fisioterapia conforme discriminado:

1. Ortopedia – Atendimento fisioterápico em disfunções osteoarticular/muscular;
2. Reumatologia – Atendimento fisioterápico em disfunções osteoarticular/muscular;
3. Geriatria – Atendimento fisioterápico em disfunções neurofuncionais;
4. Cardiologia/Cirurgia Cardíaca – Atendimento fisioterápico em disfunções cardíacas;
5. Vascular – Atendimento fisioterápico em disfunções de origem vascular;
6. Pneumologia – Atendimento fisioterápico em disfunções de origem respiratória;
7. Pediatria – Atendimento fisioterápico em disfunções de origem respiratória.

A entidade deverá solicitar autorização prévia **se ultrapassar 10 sessões/mês.**

Para cobrança a entidade deverá enviar junto com o faturamento comprovação do procedimento fisioterápico realizado assinado pelo paciente (a cada sessão).

2.5. Diálise

Para cobrança de “Programas de Hemodiálise, Diálise peritoneal ou CAPD”, a entidade deverá ter habilitação específica do Decam/lampspe que dependerá do interesse do instituto e disponibilidade orçamentária.

2.6. Exame anatomopatológico em procedimentos ambulatoriais

É permitida a cobrança de um exame anatomopatológico peça cirúrgica. A remuneração dos exames anatomopatológicos em biópsias de tiróide ou próstata será de 06 vezes o código 12 011037 para 06 ou mais amostras.

IV. DAY HOSPITAL

Define-se como Day Hospital a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (preparo ou observação do paciente após a realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos).

A entidade deverá justificar a solicitação de Day Hospital em procedimentos que habitualmente não necessitam de permanência prolongada como, por exemplo, endoscopias ou colonoscopias.

Não é permitida a cobrança nas cirurgias ambulatoriais, pois o valor da diária foi computado no pacote.

V. INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A Internação Hospitalar consiste em tratamento médico, clínico ou cirúrgico que não tem possibilidade de tratamento ambulatorial.

Os serviços autorizados e prestados ao paciente do IAMSPE se darão pela Tabela Iamspe, vigente na ocasião do atendimento, que é composta de procedimentos médico-hospitalares, incluindo Serviços Hospitalares, Serviços Profissionais e SADT (diárias, taxas, medicamentos e materiais).

É permitida a cobrança de Diárias de UTI e Materiais especiais constantes da relação discriminada de Órteses, Próteses e Materiais especiais da Tabela Iamspe 2011. Materiais ou medicamentos que não constam desta relação estão inclusos nos procedimentos, não cabendo a solicitação e cobrança em separado.

Excepcionalmente o Decam poderá autorizar procedimentos que não constam da Tabela Iamspe, desde que estes sejam imprescindíveis e não haja similares na tabela. Para tal a entidade deverá enviar ofício a Diretoria do Decam justificando a solicitação e utilizar os códigos 99887019, 99887017 e 99887015 para cobranças de materiais, medicamentos e SADTs respectivamente, se autorizados.

1. Acomodações Especiais

O beneficiário poderá, sempre que lhe aprouver, optar por acomodações especiais, diferentes das previstas em contrato, desde que o optante se

responsabilize pelo pagamento das diferenças dos valores decorrentes desta livre opção. As negociações devem se processar entre a Entidade contratada e o livre optante, sem qualquer interferência do Decam.

O Iamspe-Decam será responsável pelo pagamento do procedimento realizado e autorizado de acordo com os valores constantes da Tabela Decam. Isto se aplica a hotelaria, diária hospitalar, e a diferença dos honorários médicos em internações clínicas ou cirúrgicas, não se estendendo a Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Como medida cautelar a Entidade deverá juntar ao faturamento, uma declaração do optante, em papel timbrado da Entidade, onde assume a responsabilidade pelo ônus de opção.

2. Caráter da Internação

A internação poderá ocorrer de consulta médica gerada:

- a) Nos Ceamas ou no Hospital do Servidor Público Estadual – HSPE;
- b) Nas unidades ambulatoriais das Entidades contratadas;
- c) Nas unidades de atendimento de urgência e emergências das Entidades contratadas.

Poderá ser Eletiva ou Urgência / Emergência. Em qualquer situação a entidade deverá solicitar autorização no Portal Iamspe à Núcleo de internações e alto custo, responsáveis pela avaliação e autorização dos procedimentos solicitados.

A. Eletiva

Nos casos de internação eletiva a entidade deverá solicitar autorização no portal IAMSPE previamente. Uma vez autorizado o médico auditor procederá à liberação da internação e se necessário solicitará esclarecimentos adicionais.

A Entidade terá um prazo de 60 (sessenta) dias da data da autorização para realizar o procedimento.

Nos casos de parto, a autorização poderá ser solicitada a partir do 7º mês de gravidez e terá a validade até a data do parto.

B. Urgência /Emergência

Nos casos de internação de urgência/ emergência a entidade deverá regularizar a internação mediante a inclusão da solicitação no portal IAMSPE em até 72 (setenta e duas) horas após a internação.

Para a autorização dos Procedimentos Especiais em Regime de Internação Hospitalar também é necessária a solicitação de autorização prévia em até 72 (setenta e duas horas), seguindo as instruções normativas técnico-administrativas integrantes deste Manual.

C. Impresso Utilizado

Guia de Autorização de Procedimentos (SENHA)

É o documento emitido pelo Núcleo de internações e Alto Custo IAMSPE que autoriza a Entidade realizar os procedimentos.

INSTRUÇÕES NORMATIVAS PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

1. Cobrança da internação clínica autorizada

É necessário que o paciente tenha ficado internado pelos menos 50% da permanência prevista na TABELA IAMSPE, exceto em casos de óbito. A entidade deverá solicitar mudança de procedimento nas situações em que esta orientação não seja obedecida.

2. Cobrança de Consulta/avaliação de paciente internado em internações clínicas

A “Consulta/avaliação de paciente internado é definida como consulta/avaliação do médico clínico realizada no leito para acompanhamento da evolução clínica do paciente internado (visita hospitalar em internações clínicas). É permitida cobrança de uma visita hospitalar diária em internações clínicas. Não cabe a cobrança de visita do dia de internação.

2. Interconsultas em internações clínicas ou cirúrgicas

Permitida cobrança em cada internação de uma vez o código 95004050 (Interconsulta em internações clínicas ou cirúrgicas) por especialidade independente do número de avaliações realizadas. Cobrança limitada a duas especialidades.

3. Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento

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

Procedimento	Descrição
43.000.00.2	Clínica Cirúrgica
71.300.00.7	Clínica Pediátrica
72.500.00.0	Clínica Médica
63.000.00.8	Clínica Psiquiátrica

Estes códigos deverão ser utilizados nos seguintes casos:

Em caso de alta a pedido ou transferência para outro hospital (motivo da cobrança que justifique a transferência), com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas, o procedimento solicitado deverá obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente.

Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência;
Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na Tabela IAMSPE;
Internação para investigação diagnóstica,
Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais.

4. Tratamento de Psiquiatria em Hospital Geral

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

Os procedimentos psiquiátricos realizados em hospital geral serão remunerados por um máximo de 07 (sete) diárias. Se não houver condição de alta o paciente deverá ser transferido para hospital especializado em tratamento psiquiátrico.

5. Mudança de Procedimento

Não é permitida a mudança de procedimento solicitado nos seguintes casos:

Psiquiatria	Cuidados Prolongados	Cirurgia Múltipla
AIDS	Cirurgia Múltipla de Lesões Lábio Palatais	Politraumatizado

Se durante a internação o diagnóstico inicial não for confirmado, ou houver superveniência de outra patologia de maior gravidade ou complexidade, ou de intercorrências que alterem a conduta ou a especialidade médica, o procedimento autorizado deverá ser modificado mediante o preenchimento de novo Laudo de Solicitação de Autorização, e deverá ser solicitada nova autorização.

Nas situações abaixo é permitida a mudança de procedimento de:

Clínica médica para clínica médica
Clínica médica para cirurgia
Clínica cirúrgica para clínica médica
De cirurgia para cirurgia - naqueles casos em que uma 2ª cirurgia, de maior porte, se torne necessária durante o ato operatório, no mesmo ato anestésico. A mudança de código para o procedimento de maior porte deverá ser solicitado em até 72 (setenta e duas) horas a Núcleo de Internações e Alto Custo Decam.
De obstetrícia para cirurgia e vice-versa – naqueles casos em que uma 2ª cirurgia, de maior porte, se torne necessária durante o ato operatório, no mesmo ato anestésico. A mudança de código para o procedimento de maior porte deverá ser solicitada.

6. Emissão de um Novo Laudo de Solicitação de Autorização

Será autorizada a emissão de um novo Laudo nas condições abaixo justificadas:

Em cirurgia	Desde que uma 2ª cirurgia não ocorra no mesmo ato anestésico, inclusive re-operação.
De obstetrícia para cirurgia e vice-versa	Exceto quando se tratar de ato realizado durante o mesmo ato anestésico
De cirurgia para clínica médica	Nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico
De clínica médica para cirurgia	Em casos clínicos em que haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação com a patologia clínica, depois de ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos fechar a GUIA de autorização clínica.
Pacientes sob Cuidados Prolongados ou Psiquiatria	Quando necessitarem de cirurgia

Nestes casos abre-se nova GUIA, com datas de internação e alta iguais a primeira.

A emissão de novo laudo deve constar também no prontuário.

7. Quando não emitir Novo Laudo de Solicitação de Autorização

No caso de retorno do paciente para o mesmo hospital e necessitando continuar internado pela mesma patologia, deve permanecer com a mesma autorização anterior, se este retorno ocorrer dentro do dobro da média de permanência do procedimento inicial. Não deve ser aberto “Novo Laudo de Solicitação de Autorização”, mesmo que o internamento seja feito por médicos diferentes. Nestes casos é considerada alta precoce.

Cabe a cobrança de procedimentos complementares (se for o caso) - Ex: diária de acompanhante, diária de UTI, diária de permanência maior, etc.

8. Órtese, Próteses e Materiais Especiais - O.P.M.

A autorização dos materiais especiais, cuja discriminação e valores constam da Tabela Iamspe e deverão ser faturados com o valor vigente na ocasião do atendimento.

A taxa de comercialização prevista nos contratos está incluída nos valores constantes de OPM da Tabela IAMSPE.

Os hospitais contratados pelo IAMSPE deverão estar cadastrados para o fornecimento de OPM.

No DEMONSTRATIVO DE CONTA, preencher o(s) código(s) do(s) produto(s) utilizado(s) e a quantidade do(s) mesmo(s) e anexar cópia da nota fiscal do produto utilizado com a indicação do nome do paciente e/ou do Lote e/ou o documento de importação. Anexar também selo do material.

Em caso de implantes de produtos radiopacos é obrigatório o controle radiológico pré e pós-operatório, deverá constar na nota fiscal a identificação do paciente.

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

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

Após comprovação da indicação para o uso desses materiais, deverá ser emitida a “Comunicação de uso” contendo código, nome e quantidade do material, numero da GUIA, data da internação e nome do paciente. Deve ser arquivada no prontuário do paciente, assim como os laudos e os pareceres médicos que justifiquem a utilização.

As órteses, próteses e materiais especiais, independente de sua origem, para serem comercializadas, deverão obrigatoriamente possuir registro na Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, publicado em Diário Oficial, sendo de inteira responsabilidade dos hospitais a sua aquisição, respeitando as boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

Em casos excepcionais a Diretoria do Decam/lamspe poderá autorizar materiais de alto custo, não previstos na relação de “Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela lamspe” quando for constatado que são imprescindíveis e que não há similares na Tabela. O valor da última compra realizada pelo HSPE (se a menos que 60 dias) será considerado como valor de referência máximo a ser pago a entidade, independente da nota fiscal apresentada pela contratada.

9. Planejamento Familiar - Laqueadura e Vasectomia

As realizações dos procedimentos abaixo relacionadas somente poderão ocorrer em entidades previamente habilitadas pelo Decam para o Programa de Planejamento Familiar, ou em casos excepcionais, com autorização do Decam, desde que a paciente tenha sido avaliada por equipe multiprofissional de planejamento familiar do sistema de saúde municipal, estadual ou da união.

Código	Descrição
31005098	Vasectomia parcial ou completa
34022040	Laqueadura Tubária
35082011	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em paciente com Cesarianas sucessivas

Critérios e condições para realização da Esterilização voluntária:

Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou, pelo menos, com 02 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce.
Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia.
Deverá obrigatoriamente constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Critérios e condições para realização da Esterilização Cirúrgica:

Oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis.
Comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.
É obrigatório utilizar o código Z 30.2 – Esterilização, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10º revisão para a cobrança destes procedimentos, bem como o preenchimento da ficha de registro de notificação de esterilização, quando da realização dos procedimentos: Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores/Risco de Vida, Laqueadura Tubária, Vasectomia, devendo a mesma ser arquivada junto ao prontuário do paciente.

10. Diagnose e Terapia – SADT

10.1. Albumina Humana

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

A Portaria SAS nº. 247/00 estabelece padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS e é adotada pelo IAMSPE como referência:

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

10.2. Diálise Peritoneal e Hemodiálise

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

O código CID de Insuficiência Renal, conforme o caso, deverá ser constar da solicitação - Diagnóstico Principal ou Diagnóstico Secundário.

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

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

10.3. Estudo Hemodinâmico, Arteriografia e Neuroradiologia

Quando um desses exames for necessário por intercorrência da patologia que motivou a internação, deverá ser justificado pelo médico assistente, e necessita de autorização prévia.

Esses procedimentos deverão ser realizados preferencialmente em ambulatório.

10.4. Fatores de Coagulação

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

Exemplo: Diagnóstico principal - fratura de rádio.
Diagnóstico secundário - Deficiência fator VIII.

Em casos de hemofilia poderão ser utilizados os fatores de coagulação fator VIII e IX ou complexo deste. Após prévia autorização, estes medicamentos poderão ser cobrados, conforme regulamento técnico para indicação:

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

10.5. Fisioterapia

Os serviços dos atos profissionais relativos à fisioterapia estão incluídos nos serviços profissionais (SP) do(s) procedimento(s) autorizado(s).

10.6. Hemoterapia

O sangue só deve ser liberado para transfusão em pacientes, mediante solicitação por escrito ou prescrição do médico requisitante, com nome legível, assinado e número do CRM.

A entidade deverá solicitar autorização prévia em até 72 horas após a realização do procedimento.

Deve constar no prontuário o número da bolsa de sangue/hemocomponente, o tipo de hemocomponente, quantidade e nome do técnico responsável pela liberação, podendo ser feito por selo, carimbo, etc.

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

Os módulos coleta/processamento e sorologia deverão ser cobrados no campo SADT do procedimento autorizado e faturado.

É permitida a cobrança de hemocomponentes efetivamente transfundidos, não cabendo a cobrança de “reserva”.

10.7. Outros SADTS

Os exames de patologia clínica e radiológicos simples estão incluídos nos valores pagos pelos SH (Serviços Hospitalares) do(s) procedimento(s) autorizado(s). Os SADTS de alta complexidade serão pagos de acordo com os valores constantes da relação de **“Componentes e Diárias Especiais da Tabela Decam 2011 de Internação Hospitalar com exceção dos exames/procedimentos abaixo**

relacionados poderão ser cobrados em separados utilizando os **códigos ambulatoriais** desde que devidamente justificados e previamente autorizados pela regulação DECAM.

PROCEDIMENTOS	CÓDIGOS
COLANGIOGRAFIA + DRENAGEM + DILATAÇÃO BILIAR COM STENT	00108801
COLANGIOGRAFIA + DRENAGEM + DILATAÇÃO BILIAR SEM STENT	00108802
COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA	13105027
DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MMII OU CERVICAIS)	14019211 14019223 14019247 14019259
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	32081022
CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	32082037
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	32082029
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	32072023
BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	17093015
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	17111013
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	17111030
LAPAROSCOPIA	17111056
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	17111064
VIDEOLAPAROSCOPIA	17111080
CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	17101050
ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL	00107401
DRENAGEM PERCUTÂNEA ORIENTADA POR US	14020042
BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS SEM FINALIDADE CIRURGICA	08081018
PUNÇÃO LOMBAR COM OU SEM RAQUIMANOMETRIA	08081026 08081042
PUNÇÃO SUBDURAL	08081034
PUNÇÃO BIOPSIA ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX, TC OU US	13105054
PESQUISA DE LINFONODO SENTINELA (LINFOCINTILOGRAFIA)	32071027
EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	33011141
CÂMARA HIPERBÁRICA (SESSÃO)	00109001

É importante assinalar que os exames ou procedimentos não constantes das listagens referidas estão inclusos nos valores dos procedimentos autorizados.

11. Nutrição

11.1. Parenteral

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

A indicação e a manutenção do paciente com suporte nutricional deverá ser previamente autorizada.

Para **cada dia de internação independente do número de frascos utilizados é permitida a cobrança de uma só vez** os códigos abaixo

Código	Clínica
99500019	Clínica médica
99300010	Cínica pediátrica

As soluções utilizadas deverão ser de empresas registradas e validadas pela Vigilância Sanitária.

11.2. Enteral

Para **cada dia de internação independente do número de frascos utilizados é permitida a cobrança de uma só vez** os códigos abaixo:

Código	Clínica
98.500.01-5	Clínica médica
98.300.01-6	Cínica pediátrica

A indicação e a manutenção do suporte enteral será preferencialmente para pacientes:

Distróficos	Portadores de disfunções orgânicas
Infecções	Doenças oncológicas
Cirúrgicas	Transplantados
RN de baixo peso	

12 – Tratamento em Politraumatizados

De acordo com normas Iamspe as **cirurgias em politraumatizado** são cirurgias múltiplas ou procedimentos seqüenciais procedidos em indivíduo que sofre traumatismo seguido de lesões que, ao acometer múltiplos órgãos (fígado, baço, pulmão etc.) ou sistemas corporais (circulatório, nervoso, respiratório, músculo-esquelético, etc.), podem ou não pôr em risco a vida, pela gravidade de uma ou mais lesões.

Sob a denominação de **politraumatizados**, estão as internações de pacientes vítimas de causas externas. Deve ser registrado no Portal Imspe o código 39.000.00.1 - POLITRAUMATIZADO. Este procedimento tem o valor zero na Tabela Imspe, sendo informados no Portal Imspe, os códigos das cirurgias realizadas necessárias para o tratamento das lesões sofridas pelo paciente.

No Portal Imspe devem ser digitados, em ordem decrescente de complexidade e valores do SH, os *Procedimentos Realizados*. A ordem de digitação dos procedimentos realizados deve obedecer à seguinte sequência: Procedimento principal realizado de maior complexidade e nas linhas abaixo os procedimentos especiais e OPM compatíveis com o procedimento principal. A seguir, deve ser digitado o segundo procedimento principal realizado, e na linha imediatamente abaixo digitados as suas OPM compatíveis e assim por diante.

Os procedimentos realizados no politraumatizado podem ser registrados no Portal Imspe sem a preocupação de pertencerem a um mesmo segmento ou lado do corpo humano acometido.

No caso de serem necessárias outras cirurgias em atos anestésicos diferentes, deverá ser solicitada nova senha para o mesmo paciente na mesma internação. A data de alta/saída da primeira solicitação (senha) será a data da REOPERAÇÃO.

Os únicos procedimentos clínicos aceitos para cobrança de Politraumatizado são: Traumatismo Cranioencefálico e Concussão Cerebral.

1º Exemplo: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de úmero e cúbito direito e cúbito esquerdo. A entidade deverá solicitar no Portal Imspe o código de Politraumatizado (39.000.00.1). A seguir, solicitar no Portal os códigos dos procedimentos:

1ª linha - Procedimento: 39.013.07.3 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA DO CÔNDILO/TROCANter DO ÚMERO. Nas linhas a seguir registra as OPM deste primeiro procedimento. O segundo procedimento, 39.014.08.8 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CÚBITO (DIREITO) deverá ser registrado na linha imediatamente abaixo da última OPM do primeiro procedimento e, a seguir, nas linhas subseqüentes necessárias, as OPM relativas ao segundo procedimento principal.

Quando encerrar os procedimentos especiais, OPM, compatíveis com o segundo procedimento principal digitado e suas OPM, informar o terceiro procedimento realizado 39.014.08.8 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO CÚBITO (ESQUERDO) e, a seguir, as OPM correspondentes ao terceiro procedimento principal informado.

Observar para colocar em primeiro lugar o procedimento principal de maior valor do SH. O sistema aceita se não colocar o de maior valor primeiro, mas é recomendável que se coloque para não resultar em perda econômica para o hospital.

2º Exemplo: Foram realizados os procedimentos: esplenectomia, colostomia, redução cirúrgica de fratura de úmero, e amputação de dedo da mão D.

A entidade deverá solicitar no Portal Imspe o código de Politraumatizado (39.000.00.1). A seguir, solicitar no Portal os códigos dos procedimentos:

33.023.06.9 - COLOSTOMIA

33.003.10.6 - ESPLENECTOMIA

39.009.06.8 – TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIAFISE DO UMERO

OPM compatível
OPM compatível
OPM compatível

Após encerrar o registro de todas as OPM compatíveis utilizadas é que coloca na linha abaixo o próximo procedimento principal realizado.

39.003.10.8 - AMPUTACAO/DESARTICULACAO DE DEDO.

3º Exemplo: Foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio e fêmur, mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo para Emissão de

A entidade deverá solicitar no Portal Iamspe o código de Politraumatizado (39.000.00.1). A seguir, solicitar no Portal os códigos dos procedimentos:

33.023.06.9 – COLOSTOMIA

39.009.13.0 – TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

OPM compatível

OPM compatível

33.003.10.6 – ESPLENECTOMIA

39.023.09.5 – TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Na linha abaixo de cada procedimento principal devem ser incluídas as OPM compatíveis utilizadas neste procedimento. Quando encerrar o registro das OPM deste procedimento, informar a terceira cirurgia realizada ou terceiro procedimento principal.

Para os procedimentos que sejam realizados em órgãos pares, pode ser informado o mesmo procedimento duas vezes e solicitada a liberação de quantidade. Ex.: 39.033.14.7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA/ DOS CONDILOS DO FEMUR. Não esquecer, após cada procedimento principal, de incluir abaixo as OPM antes de registrar o segundo procedimento principal, mesmo no caso de procedimentos iguais para liberação de quantidade.

4º Exemplo: No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento, em especialidades diferentes **não envolvendo a ortopedia:**

Paciente com ruptura de baço, lesão de cólon e hemotórax em que foram realizados 03 procedimentos: esplenectomia, colostomia e toracotomia com drenagem fechada.

A entidade deverá solicitar no Portal Iamspe o código de Politraumatizado (39.000.00.1). A seguir, solicitar no Portal os códigos dos procedimentos:

33.023.06.9 - COLOSTOMIA

33.003.10.6 – ESPLENECTOMIA

48.008.06.9 - TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA.

Numa fatura com o procedimento 39.000.00.1 – TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO, o componente Serviço Hospitalar será remunerado em percentual decrescente de valores, na ordem em que forem registrados na tela Procedimentos Realizados, conforme tabela abaixo:

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

Os componentes Serviços Profissionais (SP) recebem remuneração de 100% dos valores para todos os procedimentos realizados e autorizados.

13. Cirurgia Múltipla

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

As cirurgias realizadas pela mesma via de acesso ou em mesma região anatômica não são consideradas múltiplas e tem normas específicas para a cobrança.

Os Serviços Hospitalares, Serviços Profissionais (SP) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem a remuneração de 100% em todos os procedimentos.

Cirurgia bilateral não é considerada cirurgia múltipla.

Exemplo: Ooforectomia uni ou bilateral – o código 34.001.05.0 é o mesmo.

Nos casos em que não existe código específico na Tabela IAMSPE, por exemplo: Mastectomia bilateral, os atos médicos poderão ser cobrados no Campo Serviços Profissionais (SP), lançando o código constante da tabela duas vezes - 42.004.07.1. Quanto aos Serviços Hospitalares e SADTS serão remunerados em percentual de 20%.

Não é considerada cirurgia múltipla quando um **segundo procedimento cirúrgico se faz necessário para a realização do principal ou, seja considerado imprescindível para a execução do procedimento principal**. Ex. Retirada de safena para realização de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio ou Colostomia definitiva na amputação abdomino perineal do reto para exérese de adenocarcinoma de reto.

14. Cirurgia pela mesma via de acesso ou mesma região anatômica

Quando, **para solucionar patologias distintas** houver a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da **mesma via de acesso**, a remuneração da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior valor, acrescido de 50% do previsto para os outros atos médicos praticados (SP), desde que não haja código específico para o conjunto. Quanto aos Serviços Hospitalares e SADTS serão remunerados em percentual decrescente de valores, na ordem que forem lançados no nos Campos SH:

- 1º procedimento 100%
- 2º procedimento 20%
- 3º procedimento 20%
- 4º procedimento 10%
- 5º procedimento 10%

1º Exemplo: Realizados Turbinectomia e Septoplastia:

A entidade deverá solicitar no Portal Iamspe os códigos:

- 37020021 (2) – Turbinectomia;
- 37021028 (1) – Septoplastia.

2º Exemplo: Colpoperineoplastia + Prolapso vaginal: A entidade deverá solicitar:

- 34008020 (1) – Colpoperineoplastia anterior e posterior;
- 34014039 (1) – Histerectomia vaginal

3º Exemplo: Esplenectomia + Colectomia: A entidade deverá solicitar:

- 33003106 (1) – Esplenectomia;
- 33003084 (1) – Colectostomia ou 33006083 (1) – Coledocotomia com ou sem colectomia

4º Exemplo: Septoplastia + Sinusotomia etmoidal: A entidade deverá solicitar:

- 37021028 (1) – Septoplastia;
- 37013025 (2) + Sinusotomia etmoidal.

Não se configuram como múltipla – Não cabendo a autorização 31000002

Esclarecemos que a realização de procedimentos necessários para resolução da patologia de base não é considerada cirurgia pela mesma via de acesso/região anatômica, cabendo a cobrança do procedimento principal. Ex: Colostomia ou linfadenectomia em retossigmoidectomia por adenocarcinoma de reto, cabe a autorização apenas da retossigmoidectomia.

15. Obstetrícia e Neonatologia

15.1. Obstetrícia

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

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

15.2. Emissão de um novo LAUDO de Solicitação de Autorização

Será autorizada a emissão de um novo laudo nas situações abaixo justificas

De obstetrícia para cirurgia e vice-versa	Exceto quando se tratar de ato realizado durante o mesmo ato anestésico
De clínica médica para obstetrícia	Nos casos em que houver parto e/ou intervenção cirúrgica obstétrica por motivo não relacionado à internação
De obstetrícia para obstetrícia	Quando houver duas intervenções obstétricas em tempos diferentes
De obstetrícia para clínica médica	Nos casos de parto ou intervenção cirúrgica, depois de esgotado o tempo de permanência estabelecido na Tabela IAMSPE

15.3. Parto Múltiplo

Os atos médicos poderão ser cobrados no campo Serviços Profissionais (SP), lançando o código constante da tabela IAMSPE para o 1º gemelar, adicionando-se 30% para cada gemelar subsequente. O SH deverão ser lançados uma única vez.

15.4. Anestesia /Analgesia

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

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

Para cobrança dos códigos de analgesia I e II a entidade deverá anexar à fatura mapa anestésico com identificação e assinatura do anestesista, não sendo necessária a solicitação de habilitação específica.

Nos procedimentos abaixo utilizar o código 95.003.01.0 – Analgesia I.

Código	Descrição
35001011	Parto Normal
35007010	Parto com Eclampsia
35006013	Parto com Manobras

Nos procedimentos abaixo utilizar o código 95.005.01-3 – Analgesia II

Código	Descrição
35009012	Cesariana
35082011	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em paciente com Cesarianas sucessivas

Não é permitida a cobrança do código 95.005.01-3 – Analgesia II em cesarianas programadas. A cobrança se restringe as cesarianas realizadas após tentativa de parto normal.

15.5. Atendimento ao Recém-Nato na Sala de Parto

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

Para efetuar a cobrança deste procedimento o hospital deverá ter Pediatra / Neonatologista no seu corpo clínico cobrindo integralmente às 24 horas do dia, com a devida escala de plantão.

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

O código 95.001.01-8 – Atendimento ao RN na Sala de Parto somente poderá ser cobrado em Demonstração de Conta onde o procedimento realizado seja um dos procedimentos abaixo:

Grupo	Descrição
35.001.01.1	Parto Normal
35.006.01.3	Parto com Manobras
35.007.01.0	Parto com Eclampsia
35.009.01.2	Cesariana
35.082.01.1	Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores

A cobrança deverá ser efetuada da seguinte forma:

Ato Profissional	Quantidade
95.001.01-8	01 (parto único) ou 02 (gemelar)

O relatório do neonatologista deverá ser anexado a fatura.

15.6. Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

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

Após alta da UTI e que necessite de observação nas primeiras 24 horas

Com desconforto respiratório leve e que não necessite de assistência ventilatória mecânica
Necessidade de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição;
Necessidade de realizar exsangüineotransfusão
Com peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas devidamente justificadas
Submetido à cirurgia de médio porte, estável

15.7. Exosanguineotransfusão

Poderá ser realizada em casos de icterícia neonatal ou sepsis em Pediatria e será cobrada com código específico - 99.060.01.9, associado ao número de atos realizados, no máximo de cinco.

Código do Procedimento	Quantidade
99.060.01.9	Até 5

No valor pago para exsangüineotransfusão, não está incluído sangue ou componente a ser aplicado, as provas de seleção pré- transfusionais, e a taxa de aplicação.

16. Diárias Especiais

16.1. Diárias de UTI

Para a habilitação junto ao Decam a entidade deverá enviar cópia da Portaria do SUS comprovando o seu enquadramento. Caso a entidade não tenha convênio com o SUS, deverá solicitar habilitação ao Decam, anexando os currículos dos médicos e a especificação da capacidade instalada. A análise técnica do Decam baseia-se nas Portarias do Ministério da Saúde para classificação (Portaria GM nº 3432 de 12/08/98 ou instrumentos que vierem substituir).

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

No valor da diária de UTI estão incluídos:

1. Acomodação	7. Documentação clínica do paciente
2. Assepsia das dependências	8. Higiene Pessoal do Paciente, inclusive bucal
3. Equipes Técnicas	9. Instalação de acesso venoso central
4. Exames sob monitorização	10. Serviços de enfermagem e fisioterapia
5. Instalação de soro e aparelhos	11. Roupas de banho, cama e de uso pessoal
6. Refeições	12. Utilização de toda aparelhagem própria da UTI

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

Código	Descrição
89.100.01.8	Intoxicações Exógenas e Envenenamentos
77.100.05.0	Transtornos Cardíacos do Ritmo de Condução

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

A solicitação de autorização de internação na UTI deverá ser inserida no Portal IamSpe em até 72 (setenta e duas) horas.

Também são classificadas como UTI a Unidade Coronariana e UTI neonatal. A unidade intermediária (ou de observação) não será considerada como UTI.

16.2. Diária de Acompanhante

A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

É permitida a presença de acompanhante para maiores de 60 anos e para menores de 18 anos, sem restrições e, em casos especiais, até os 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. É permitido a cobrança da Diária de Acompanhante para maiores de 21 anos, nos casos em que o quadro clínico justifique.

É necessária a autorização prévia de diária de acompanhante nos casos especiais (maior de 18 e menor de 60 anos).

16.3. Diária de acompanhante para gestante – Código 99079011

O IamSpe admite a cobrança de diária de acompanhante em conformidade com o Art. 1º da Lei n.º 11.108/2005, que regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em todos os hospitais do SUS.

Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências. As entidades devem registrar as diárias de acompanhante no trabalho de parto e pós-parto imediato, no Portal IamSpe, para os procedimentos – Partos e Cesáreas (35.001.01.1; 35.006.01.3; 35.007.01.0; 35.009.01.2; 35.007.01.0; 35.027.01.0; 35.028.01.7; 35.082.01.1; 35.084.01.4 e 35.085.01.0).

Em qualquer das situações acima, o registro do número de diárias, deve estar em conformidade com os dias de internação da paciente.

16.4. Permanência a Maior

Poderá ser cobrada nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassar o dobro da permanência prevista na Tabela IAMSPE. Neste caso a Entidade deverá discriminar no sistema informatizado de cobrança o número de dias que o paciente permaneceu internado além do dobro previsto na Tabela.

* $PM = Di - (Pm \times 2) - DiUTI$
* PM = Permanência à maior
Di = Dias de internação
Pm = Permanência média prevista na Tabela de Procedimentos do IAMSPE
DiUTI = Diárias de UTI

Não será permitida a cobrança de Permanência a Maior nas situações abaixo descritas:

1. Internação para tratam. Radioterápico e/ou Quimioterápico	5. Biópsias
2. Internação em Psiquiatria	6. UTI
3. Cuidados Prolongados	
4. Punções	

Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Cirurgia Múltipla em Lesões Lábio Palatais, para fins de cálculo de permanência utiliza-se, como parâmetro a permanência do procedimento de maior tempo.

Os códigos de Permanência a Maior poderão ser utilizados para adultos, crianças, excetuando-se os recém-natos, que possuem código específico de diária de recém nato.

17. Alta Complexidade

Para habilitação em Alta Complexidade junto ao Decam/Iamspe são utilizadas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A entidade deverá enviar cópia da Portaria SUS que lhe confere esta qualidade.

A habilitação das Entidades está vinculada ao interesse e à avaliação de necessidade destes serviços pela equipe técnica do Decam, bem com da disponibilidade de recursos orçamentários.

Caso não tenha convênio com o SUS, solicitar a habilitação seguindo as instruções normativas:

CÂNCER: Portaria Nº 3535/GM de 02/09/98 ou instrumentos que vierem substituir.

CARDIOLOGIA/CARDIOVASCULAR: Portaria Nº 1169/GM de 15 de junho de 2004 ou instrumentos que vierem substituir.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM NEUROCIRURGIA: anexar os currículos dos médicos que efetivamente irão prestar o atendimento, e a especificação da capacidade instalada.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM ORTOPEDIA: Portarias Nº 1167/GM de 15 de junho de 2004, Nº 95/SAS de 14 de fevereiro de 2005 ou os instrumentos que vierem a substituir.

Para cobrança dos procedimentos de alta complexidade é necessário que os hospitais tenham serviços habilitados nas especialidades correspondentes.

As entidades habilitadas para Alta Complexidade serão consideradas “Entidades de Referência” para atendimento dos usuários do IAMSPE nas respectivas especialidades nas regiões administrativas.

A relação das entidades de referência (Anexo I) estará disponível no site do IAMSPE.

17.1. Alta Complexidade em Câncer

a) Instruções Gerais

Os hospitais não habilitados para Alta Complexidade em Câncer poderão cobrar somente o procedimento código 85500879 ou 85300837 – Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico.

b) Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico

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

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

c) Grupos e Procedimentos em Oncologia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
Cirurgia Oncológica	
31701108	AMPUTACAO DO PÊNIS
31701116	RESSECCAO DE TUMOR UROTELIAL MULTICENTRICO E SINCRONICO
31702082	EPIDIDIMECTOMIA
31703038	CISTECTOMIA TOTAL
31703054	PROSTATECTOMIA
31704026	URETENOCISTONEOSTOMIA
31704034	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVAÇÃO EM UM SO TEMPO
31704050	PROSTATOVESICULECTOMIA
31704077	ORQUIECTOMIA UNILATERAL

31704085	EPIDIDIMECTOMIA COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR
31705030	CISTOENTEROPLASTIA
31705073	ORQUIECTOMIA COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR
31707017	NEFRECTOMIA TOTAL
31707025	URETEROENTEROSTOMIA
31709010	NEFROPIELOSTOMIA
31712010	NEFROURETERECTOMIA TOTAL
31719031	RESSECCAO DO COLO VESICAL A CEU ABERTO
31720030	RESSECCAO DO TUMOR VESICAL A CEU ABERTO
31723039	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL
32705034	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL
32706030	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL
32707037	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL
32708033	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL BILATERAL
32709030	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL
32710038	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL
32711034	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR
32712030	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL
32713037	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR BILATERAL
32714033	LINFADENECTOMIA TRONCO CELIACO
32715030	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL
32716036	LINFADENECTOMIA ILEO LOMBAR
32717032	BIOPSIAS MULTIPLAS PARA AVALIACAO DE EXTENSAO DE DOENCA
32718039	LINFADENECTOMIA PÉLVICA
32719035	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL
33701032	GLOSSECTOMIA PARCIAL
33701083	ANASTOMOSE BILEO DIGESTIVA
33701091	PANCREATO DUODENECTOMIA
33701121	ESTADIAMENTO CIRUR DA DOENCA DE HODGKIN
33702020	EXCISAO DE GLANDULA SUBLINGUAL
33702063	AMPUTACAO ABDOMINO PERINEAL DO RETO
33702098	PANCREATO ENTEROSTOMIA
33702128	RESSECCAO MÚLTIPLA DE SEGMENTOS DO TUBO DIGESTIVO
33703027	EXCISAO DE GLANDULA SUBMAXILAR
33703043	ESOFAGECTOMIA
33703060	PROCTOCOLECTOMIA
33703108	ESPLENECTOMIA
33703124	RESSECCAO MULTIPLA DE SEGM. T.DIGEST.E DE ESTRUTURAS ORGAO COM
33704031	GLOSSECTOMIA TOTAL

33704040	ESOFAGOCOLOPLASTIA
33704090	PANCREATECTOMIA PARCIAL
33704120	RESSECCAO DE TU RETROPERIT.C/ RESSECCAO DE ORGAO(S) CONTIGUO(S)
33705011	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA COM ESWAZIAMENTO GANGLIONAR
33705020	EXCISAO DE TUMOR DE GLÂNDULA PAROTIDA
33705046	ESOFAGOGASTRECTOMIA
33705054	GASTRECTOMIA TOTAL
33706018	RESSECCAO DE LESAO MALIGNA
33706026	EXCISAO DE TUMOR DE GLÂNDULA SUBLINGUAL
33706069	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
33706085	COLEDOCOTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA
33707022	EXCISAO DE TUMOR DE GLÂNDULA SUBMAXILAR
33707057	GASTROENTEROANASTOMOSE
33707065	COLECTOMIA TOTAL
33709050	GASTROSTOMIA
33710082	HEPATECTOMIA PARCIAL
33713022	PAROTIDECTOMIA
33714029	EXTIRPACAO DE GLANDULA SALIVAR
33716064	EXCISAO DE TUMOR RETAL PER ANUS
33722064	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL
33723060	COLOSTOMIA
33726060	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO PERINEAL
34701028	COLPECTOMIA
34701036	TRAQUELECTOMIA
34701052	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL
34704124	HISTERECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ORGAO(S) CONTIGUO(S)
34706011	VULVECTOMIA AMPLIADA COM LINFADENECTOMIA
34707018	VULVECTOMIA SIMPLES
34709037	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA
34710035	HISTERECTOMIA TOTAL
34717030	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL
34719032	AMPUTACAO CONICA DE COLO DE UTERO COM COLPECTOMIA
36701033	PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR
36702064	NEOPLASIA DE ESCLERA
36703117	NEOPLASIA DA ÓRBITA
37701045	LARINGECTOMIA PARCIAL
37702041	LARINGECTOMIA TOTAL
37703048	LARINGECTOMIA TOTAL COM ESWAZIAMENTO CERVICAL
37705032	EXTIRPACAO DE TUMOR DO CAVUM

37705113	PELVI GLOSO MANDIBULECTOMIA
37713035	EXTIRPACAO DE TUMOR DA FARINGE
38701057	EXCISAO PARCIAL DO LABIO COM ENXERTO LIVRE
38701162	RECONST. C/ RETALHO MIO CUTANEO (QUALQUER PARTE) EM CIR. ONCOLOGI
38701170	RESSECCAO ALARGADA DE TUM.DE PARTES MOLES C/ RESSECCAO VISCERAL
38702037	MAXILECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO
38702169	RECONST. POR MICROCIRURGIA (QUALQUER PARTE) EM CIR. ONCOLOGICA
38702177	RESSECCAO DE PARTES MOLES DAS EXTREMIDADES COM RECONSTRUCAO
38703050	EXCISAO EM CUNHA DE LABIO E SUTURA
38704056	EXCISAO E RECONSTRUCAO TOTAL DE LABIO
38707012	EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE
38722011	EXCISAO E ENXERTO DE PELE(HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)
38723018	EXTIRPACAO E SUPRESSAO MULTIPLA DE LESAO DA PELE E DO TECIDO
39702049	DESARTICULACAO INTER ESCAPULO TORACICA
39702235	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO COM ENXERTIA
39703045	DESARTICULACAO INTER ESCAPULO MAMO TORACICA
39703231	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO
39704114	HEMIPELVECTOMIA
39705056	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL
39706125	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO COXO FEMORAL
39710238	RESSECCAO DO TUMOR MALIGNO DO OSSO TEMPORAL
39711234	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO DA PELVIS (ENDOPELVECTOMIA)
40705013	CRANIOTOMIA PARA TUMOR CEREBRAL INCLUSIVE DA FOSSA POSTERIOR
40707032	LAMINECTOMIA PARA TUMORES INTRA-RAQUIANOS
40712044	EXTIRPACAO DE NEUROMA
40714012	HIPOFISECTOMIA CIRÚRGICA
40718034	MICROCIRURGIA DE TUMORES MEDULARES
40719030	RESSECCAO DE TUMOR DO CORPO VERTEBRAL
40734013	RESSECCAO DE TUMOR INTRA-ORBITARIO
40757013	CRANIECTOMIA PARA TUMOR OSSEO
41701011	PARATIREOIDECTOMIA
41701020	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL
41703049	TIROIDECTOMIA TOTAL
41704045	TIROIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR
41705041	EXTIRPACAO DE BOCIO INTRATORACICO POR VIA TRANSESTERNAL
42704014	LOBECTOMIA PULMONAR
42704073	MASTECTOMIA SIMPLES
42705010	PNEUMOMECTOMIA
42705061	TORACECTOMIA COM RECONSTRUCAO PARIETAL POR PROTESE

42705070	MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA
42707064	TORACOTOMIA EXPLORADORA
42707072	EXTIRPACAO DO MAMILO
42708060	TORACECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ESTRUTURAS INTRA TORACICAS
42708079	RESSECCAO DE LESAO DE MAMA
Radioterapia Cirúrgica	
34018034	BRAQUITERAPIA
43001017	MOLDAGEM OU IMPLANTE EM PELE POR TRAT COMPLETO
43002013	MOLDAGEM OU IMPLANTE EM MUCOSA POR TRAT COMPLETO
43003010	MOLDAGEM EM COLO E/OU CORPO UTERINO
43010016	BRAQUITERAPIA COM FIOS DE IRIIDIUM (QUALQUER LOCALIZACAO)
43015018	BRAQUITERAPIA COM IODO 125 OU OURO 198 (QUALQUER LOCALIZACAO)
Quimioterapia	
79700853	QT C/ ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS INTRA-ARTERIAL
79700861	QT INTRACAVITARIA (INTRA-PLEURAL, INTRA-PERICARDICA OU INTRA-P
79700870	INTERN PARA QT DE ADMINIST CONTINUA (INFUSAO VENOSA) I
79700888	INTERN PARA QT DE ADMINIST CONTINUA (INFUSAO VENOSA) II
79700896	INTERN PARA QT DE LEUCEMIAS AGUDAS E CRONICAS EM AGUDIZACAO
Iodoterapia	
85300888	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (100 MCI)
85300900	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (150 MCI)
85300926	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (200 MCI)
85500887	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (100 MCI)
85500909	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (150 MCI)
85500925	IODOTERAPIA DO CANCER DIFER DA TIREOIDE DOSE ABLATIVA (200 MCI)

d) Quimioterapia - paciente internado

A quimioterapia deverá ser realizada em regime ambulatorial. Quando não houver possibilidade de sua realização em regime ambulatorial, a internação será autorizada, após justificativa técnica do médico assistente. Esse procedimento somente poderá ser autorizado pelo Núcleo de Internações e de Alto Custo - Decam para ser realizado em hospitais previamente habilitados para alta complexidade em câncer (ANEXO I).

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

Código	Descrição
85.300.83.7 e 85.500.87.9	Intercorrências Clínicas de Pacientes Oncológicos

18. Alta Complexidade em Cardiologia e Cardiovascular

Os procedimentos abaixo relacionados somente poderão ser realizados e cobrados por Hospitais habilitados alta complexidade.

18.1. Grupos e Procedimentos em Cirurgia Cardiovascular

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
Cirurgia Cardiovascular	
32101147	CIRURGIA DE REVASCULARIZACAO CIRURGICA MIOCARDICA
32011016	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPOREA.
32031025	INFARTECTOMIA OU ANEURISMECTOMIA
32038011	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA SEM USO DE EXTRACORPOREA
32039018	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORP. C/ 2 OU MAIS ENX
32040016	REVASCULARIZACAO MIOCARDICA SEM USO DE EXTRACORP. C/ 2 OU MAIS ENX
32101155	CIRURGIA VALVAR
32020015	IMPLANTE DE PROTESE VALVAR
32041012	PLASTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MULTIPLA
32042019	TROCA VALVAR COM REVASCULARIZACAO MIOCARDICA
32101210	TRATAMENTO DE DOENCAS DA AORTA COM USO DE CIRCULACAO EXTRA CORPOREA
32027010	TROCA DA AORTA ASCENDENTE
32088019	CORRECAO DA DISSECCAO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL
32089015	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA
32090013	RECONSTRUCAO DA RAIZ DA AORTA COM TUBO VALVULADO
32091010	TROCA DO ARCO AORTICO
32092016	TROCA DE AORTA DESCENDENTE
32101228	TRAUMA/URGENCIA CARDIACA
32002017	CARDIORRAFIA

32004010	CARDIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
32005016	MARCAPASSO TEMPORARIO
32016018	PERICARDIECTOMIA
32093012	PERICARDIOCENTESE
32101236	PROCEDIMENTOS NAO INVASIVOS I
32023014	ANGIOPLASTIA CORONARIANA
32024010	VALVULOPLASTIA
32101244	PROCEDIMENTOS NAO INVASIVOS II
32013019	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO
32014015	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO EPICARDICO DEFINITIVO
32015011	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDIACO INTRACAVITARIO DE UNICA CAMERA (GERADOR E
32033010	TROCA DE GERADOR E/OU /ELETRODOS DO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR
32094019	IMPLANTE DE MARCA-PASSO CARDIACO INTRACAVITARIO DE DUPLA CAMARA (GERADOR E
32095015	REPOSICIONAMENTO DE MARCA-PASSO
32096011	RETIRADA DE MARCA-PASSO

Os pacientes com indicação de procedimentos cardiovasculares eletivos deverão ser encaminhados preferencialmente ao HSPE ou aos serviços de referência das regiões administrativas via Ceama/Regulação Decam/Iamspe para serem agendados. A princípio, o médico solicitante deverá enviar relatório detalhado e exames subsidiários pertinentes.

19. Alta Complexidade em Neurocirurgia

a) Neurocirurgia - tratamento conservador

O Tratamento Conservador em traumatismo crânio-encefálico, de acordo com a tabela, deverá ser codificado:

Código	Descrição
40.001.00.8	Tratamento Conservador for efetuado em Serviço de Neurocirurgia
91.500.07-9	Tratamento Conservador não for efetuado em serviço de Neurocirurgia - em Clínica Médica
91.300.06-1	Tratamento Conservador não for efetuado em serviço de Neurocirurgia - em Pediatria

Os pacientes com indicação de procedimentos neurocirúrgicos eletivos, deverão ser encaminhados preferencialmente ao HSPE ou aos hospitais de referência das regiões administrativas via Ceama/Regulação Decam/lamspe, com relatório médico.

Os procedimentos abaixo relacionados somente poderão ser realizados e cobrados por Hospitais habilitados alta complexidade (ANEXO I).

a) Grupos e Procedimentos em Neurocirurgia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
40100014	TRATAMENTO CONSERVADOR EM SERV DE NEUROCIRURGIA
40001008	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO
40100022	TRATAMENTO CONSERVADOR EM NEUROCIRURGIA – I
40200000	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO
40201007	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUI-MEDULAR
40202003	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL
40203000	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOR REBELDE
40204006	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TUMOR CEREBRAL
40205002	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HIPERTENSAO INTRACRANIANA
40101029	NEUROCIRURGIA II
40001024	ANASTOMOSE HIPOGLOSSO FACIAL
40005046	ENXERTO DE NERVO
40006042	EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVOS
40007049	NEUROLISE
40008045	NEURORRAFIA MULTIPLA
40009041	NEURORRAFIA ÚNICA
40010040	NEUROTOMIA
40011046	TRANSPOSICAO DO NERVO CUBITAL
40012042	EXTIRPACAO DE NEUROMA
40018016	NEURECTOMIA DO INFRA-ORBITARIO
40019012	NEURECTOMIA DO DENTARIO INFERIOR

40026019	PUNCAO VENTRICULAR COM TREPANACAO
40101053	NEUROCIRURGIA V
40001016	RETIRADA DE PLACA DE CRANIOPLASTIA
40002012	CRANIOPLASTIA
40002020	ANASTOMOSE ESPINO FACIAL
40004015	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
40007014	CRANIOTOMIA PARA REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO
40008010	CRANIOTOMIA PARA RESSECCAO DE CICATRIZ MENINGO-CORTICAL
40010015	DESCOMPRESSAO DA ORBITA
40011011	DESTRUICAO DE ESTRUT. CEREBRAIS PROFUNDAS POR QUALQUER METODO
40013049	MICROCIRURGIA DE NERVOS PERIFERICOS
40016013	LOBECTOMIA PRE FRONTAL UNILATERAL
40017010	LOBECTOMIA PRE FRONTAL BILATERAL
40022013	NEUROTOMIA DIFERENCIADA NO TRIGEMIO
40023010	NEUROTOMIA POR VIA INFRATENTORIAL
40024016	NEUROTOMIA RETROGASSERIANA
40031012	TRATAMENTO CIRURGICO DA OSTEOMIELITE DO CRANIO
40032019	RESSECCAO DE MUCOCELE FRONTAL
40034011	RESSECCAO DO TUMOR INTRA-ORBITARIO
40036014	TRACAO CERVICAL TIPO CRUTCHFIELD
40041018	TRATAMENTO CIRURGICO DA CRANIOSSINOSTOSE
40042014	TRATAMENTO CIRURGICO DA EPILEPSIA TEMPORAL
40043010	TRATAMENTO CIRURGICO DA MENINGOCELE
40046010	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DO CRANIO COMA FUNDAMENTO
40047016	TREPANO PUNCAO E DRENAGEM DE ABSCESSO CEREBRAL
40048012	TRACTOMIA TRIGEMINAL
40049019	TERCEIRO VENTRICULOSTOMIA
40050017	VENTRICULOCISTERNOSTOMIA
40052010	VENTRICULOAURICULOSTOMIA

40057011	CRANIECTOMIA PARA TUMOR OSSEO
40058018	EMBOLIZACAO DE AFERENTES, MALFORMACOES VASCULARES, ANEURISMAS
40060012	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA OU MPIC
40061019	VENTRICULOPERITONIOSTOMIA
40062015	REVISAO DE COMPLICACAO DA VENTRICULOPERITONIOSTOMIA
40101061	NEUROCIRURGIA VI
40005011	CRANIOTOMIA PARA TUMOR CEREBRAL INCLUSIVE DA FOSSAPOSTERIOR
40009017	CRANIOTOMIA PARA ABSCESSO CEREBRAL
40014010	HIPOFISECTOMIA CIRURGICA
40028011	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA
40029018	MICROCIRURGIA DE TUMORES CEREBRAIS
40038017	TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA SUBDURAL
40039013	TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA EXTRADURAL
40040011	TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA INTRACEREBRAL
40044017	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA LIQUORICA
40045013	TRATAMENTO CIRURGICO DA PLATIBASIA E MALFORMACAO DE ARNOLD CHIARI
40059014	HIPOFISECTOMIA SELETIVA COM AUXILIO DO MICROSCOPIO
40104052	NEUROCIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL – V
40001032	CORDOTOMIA / MIELOTOMIA
40002039	LAMINECTOMIA EXPLORADORA
40003035	LAMINECTOMIA DESCOMPRESSIVA
40004031	LAMINECTOMIA PARA ABSCESSO EXTRADURAL
40005038	LAMINECTOMIA PARA ARACNOIDITE ESPINHAL
40006034	LAMINECTOMIA PARA LESAO TRAUMATICA MENINGO-MEDULAR
40007030	LAMINECTOMIA PARA TUMORES INTRA-RAQUIANOS
40011038	RADICOTOMIA
40012034	TRATAMENTO CIRURGICO DA HERNIA DISCAL DORSAL
40013030	TRATAMENTO CIRURGICO DA HERNIA DISCAL LOMBAR
40014037	TRATAMENTO CIRURGICO DA HERNIA DISCAL CERVICAL (VIAANTERIOR)

40015033	TRATAMENTO CIRURGICO DA MENINGO-MIELOCELE
40016030	TRATAMENTO CIRURGICO DA HERNIA DISCAL CERVICAL
40017036	RESSECCAO DO TUMOR SACRO COCCIGEANOS
40018032	MICROCIRURGIA DE TUMORES MEDULARES
40019039	MICROCIRURGIA VASCULAR MEDULAR
40022030	TRATAMENTO CIRURGICO DA SPINA BIFIDA
40105032	CIRURGIA DO SISTEMA SIMPATICO – III
40001059	SIMPATECTOMIA
40106039	NEUROCIRURGIA - CRANIO II
40209016	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNA
40248011	TRATAMENTO CIRURGICO DOS TUMORES EXTRACRANIANOS
40106055	NEUROCIRURGIA - CRANIO III
40218015	REVISAO DE COMPLICACAO DA VENTRICULOATRIOSTOMIA
40106098	NEUROCIRURGIA - CRANIO V
40224015	CRANIOTOMIA PARA GRANULOMAS INTRACRANIANOS
40226018	RECONSTRUCAO CRANIANA OU CRANIO FACIAL
40228010	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA
40106110	NEUROCIRURGIA - CRANIO VI
40232018	MICROCIRURGIA PARA TUMOR ENCEFALICO (PROFUNDO)
40233014	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ORBITA
40234010	MICROCIRURGIA PARA TUMORES DA BASE DO CRANIO
40235017	MICROCIRURGIA INTRACRANIANA COM AUXILIO DO ULTRA-SOM
40236013	DESCOMPRESSAO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS
40237010	HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL COM MICROSCOPIO
40106136	NEUROCIRURGIA - CRANIO VII
40238016	MICRO CIRURGIA DE TUMOR CEREBRAL COM ASPIRACAOULTRASSONICA
40239012	MICROCIRURGIA DO TUMOR CEREBRAL COM LASER
40240010	TRATAMENTO CIRURGICO DOS TUMORES DA BASE DO CRANIO POR VIA COMBINADA
40241017	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA

40107019	NEUROCIRURGIA - COLUNA I
40203034	DERIVACAO LOMBO PERITONIAL
40205037	TRATAMENTO CIRURGICO DOS DISRAFISMOS
40107035	NEUROCIRURGIA - COLUNA II
40211037	ARTRODESE DA COLUNA POR VIA ANTERIOR
40212033	ARTRODESE DA COLUNA POR VIA POSTERIOR
40214036	LAMINECTOMIA PARA TUMORES EPIDURAIS
40107051	NEUROCIRURGIA - COLUNA III
40218031	MICROCIRURGIA DA HERNIA DISCAL TORACICA
40219038	MICROCIRURGIA DA HERNIA DISCAL LOMBAR
40220036	MICROCIRURGIA DA SERINGOMIELIA
40221032	TRATAMENTO MICROCIRURGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO
40107078	NEUROCIRURGIA - COLUNA IV
40224031	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL
40225038	MICROCIRURGIA PARA MALFORMACAO ARTERIO VENOSA
40226034	SUBSTITUICAO DE CORPO VERTEBRAL
40107094	NEUROCIRURGIA - COLUNA V
40227030	MICROCIRURGIA DO TUMOR MEDULAR COM ASPIRACAO ULTRASSONICA
40228037	MICROCIRURGIA DO TUMOR MEDULAR COM LASER
40108031	NEUROCIRURGIA - NERVOS II
40206041	TRAT. CIRURGICO DA NEUROPATIA COMPRESSIVA(EXCETO TUNEL DO CARPO)
40108058	NEUROCIRURGIA - NERVOS III
40209040	MICROCIRURGIA DE NERVO COM ENXERTO
40108074	NEUROCIRURGIA - NERVOS IV
40213048	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL
40109011	NEUROCIRURGIA - VASCULAR I
40242013	LIGADURA DE CAROTIDA
40109020	NEUROCIRURGIA - VASCULAR II
40243010	TRATAMENTO CIRURGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL

40244016	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA CAROTIDO CAVERNOSA
40110010	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL NAO ESTEREOTAXICA
40214044	BLOQUEIO DE NERVO PERIFERICO
40215040	BLOQUEIO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO
40216047	NEUROTOMIA PERCUTANEA DE NERVOS PERIFERICOS POR AG. QUIMICOS
40111016	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA I
40217043	LESAO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO POR AGENTES QUIMICOS
40218040	RIZOTOMIA PERCUTANEA
40245012	HIPOFISECTOMIA POR AGENTES QUIMICOS
40111024	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA II
40213005	IMPLANTE INTRA-TECAL DE BOMBA DE INFUSAO DE FARMACOS
40219046	RIZOTOMIA PERCUTANEA POR RADIO FREQUENCIA
40220044	RIZOTOMIA ABERTA
40232000	IMPLANTE DE ESTIMULADOR MEDULAR
40246019	HIPOFISECTOMIA POR RADIO FREQUENCIA
40111032	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA III
40212009	LESAO ESTEREOTAXICA DE ESTRUT. PROFUNDA PARA TRAT. DA DOR OU MOVIME
40215008	DRENAGEM ESTEROTAXICA - CISTOS, HEMATOMAS OU ABCESSOS.
40216004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ESTEROTAXICA
40217000	BIOPSIA ESTEREOTAXICA
40229033	CORDOTOMIA / MIELOTOMIA POR RADIO FREQUENCIA
40230031	LESAO DA SUBSTANCIA GELATINOSA POR RADIO FREQUENCIA
40231038	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULACAO CEREBRAL
40247015	TRATOTOMIA E NUCLEOTOMIA DO TRONCO CEREBRAL
40150003	NEUROCIRURGIA RADIOCIRURGICA I
40260011	RADIOCIRURGIA ESTEREOTAXICA
40270017	RADIOCIRURGIA POR GAMAKNIFE
40152006	NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
40249018	EMBOLIZACAO DE TUMORES INTRACRANIANOS OU DA CABECA E PESCOCO

40250016	EMBOLIZACAO DE ANEURISMAS CEREBRAIS COM ESPIRAIS DESTACAVEIS
40251012	EMBOLIZACAO DE MALFORMACOES ARTERIOVENOSAS
40252019	EMBOL. DE FISTULAS CAROTIDO-CAVERNOSAS COM BALOES DESTACAVEIS

20. Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédica

Os pacientes com indicação de procedimentos ortopédicos eletivos deverão ser encaminhados preferencialmente ao HSPE ou aos hospitais de referência das regiões administrativas via Ceama/Regulação Decam/lamspe, com relatório médico.

Os procedimentos abaixo relacionados somente poderão ser realizados e cobrados por Hospitais habilitados alta complexidade (ANEXO I).

a) Grupos e Procedimentos em Traumatologia Ortopédica

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
39002020	ARTRODESE INTER-SOMÁTICA VIA ANTERIOR; DISTAL A C2; DE UM OU DOIS ESPAÇOS DISCAIS (INCLUI DESCOMPRESSÃO E INSTRUMENTAÇÃO).
39002047	DESARTICULAÇÃO INTER ESCAPULO TORÁCICA
39003027	ARTRODESE POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL; DISTAL A C2; UM E DOIS NÍVEIS; (INCLUI INSTRUMENTAÇÃO).
39003124	ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL
39003230	RESSEÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO
39005054	DESARTICULAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL
39006123	DESARTICULAÇÃO AO NÍVEL DA COXA FEMORAL
39008029	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL
39011020	OSTEOTOMIA DA COLUNA VIA ANTERIOR; UM OU MAIS NÍVEIS.
39011143	TRANSFER. OU TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR OU TENDINOSA EXTRA-ARTICULAR INTERE
39015025	TRAT CIRURG DE FRATURA, LUXAÇÃO OU FRATURA - LUXAÇÃO DE COLUNA VERT. VIA ANTERIOR; DISTAL A C2; COM FIXAÇÃO.
39017028	REVISÃO DE ARTRODESE OU TRAT CIRURG DA PSEUDARTROSE DA COLUNA, VIA ANTERIOR.
39018121	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL CIMENTADA
39028127	ARTROPLASTIA DE RESSEÇÃO DA CABEÇA FEMORAL
39040020	DISCECTOMIA POR VIA ANTERIOR; DE UM OU DOIS ESPAÇOS COM FINALIDADE DE DESCOMPRESSÃO.
39041026	DISCECTOMIA POR VIA ANTERIOR; DE TRÊS OU MAIS ESPAÇOS COM FINALIDADE DE DESCOMPRESSÃO.
39042022	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR; C1-C2 (VIA TRANS-ORAL OU EXTRA-ORAL C/ OU S/ EXCISÃO DO PROCESSO ODONTOIDE E OU ARCO DO ATLAS - INCLUI INSTRUMENTAÇÃO).

39043029	ARTRODESE INTER-SOMÁTICA VIA ANTERIOR;DISTAL A C2;DE TRES OU MAIS ESPAÇOS DISCAIS (INCLUI DESCOMPRESSAO E INSTRUMENTACAO)
39044025	ARTRODESE INTER-SOMÁTICA POR VIA POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL - "PLIF"; DE UM ESPACO DISCAL (INCLUI DESCOMPRESSAO POR RESSECCAO DE ELEMENTOS ANTERIORES E OU POSTERIORES E INSTRUMENTACAO)
39045021	ARTRODESE INTER-SOMÁTICA POR VIA POSTERIOR OU PÓSTERO-LATERAL - "PLIF";DE DOIS OU MAIS ESPAÇOS DISCAIS (INCLUI DESCOMPRESSAO POR RESSECCAO DE ELEMENTOS ANTERIORES E OU POSTERIORES E INSTRUMENTACAO)
39046028	ARTRODESE POSTERIOR OCCIPITO-CERVICAL (INCLUI INSTRUMENTAÇÃO E ENXERTIA)
39047024	ARTRODESE POSTERIOR C1-C2 (INCLUI INSTRUMENTAÇÃO)
39048020	ARTRODESE POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL; DISTAL A C2; TRES A SETE NIVEIS; (INCLUI INSTRUMENTACAO).
39049027	ARTRODESE POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL, DISTAL A C2; OITO OU MAIS NIVEIS; (INCLUI INSTRUMENTACAO).
39050025	RESSECÇÃO DE DOIS OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS
39051021	RESSECÇÃO (ANTERIOR) DO PROCESSO ODONTÓIDE E/OU ARCO DO ATLAS
39054020	RESSECÇÃO DE ELEMENTOS VERTEBRAIS POSTERIORES NO SEGMENTO OCCIPITO C1-C2
39057020	OSTEOTOMIA DA COLUNA VIA ANTERIOR; TRÊS OU MAIS NÍVEIS.
39058026	OSTEOTOMIA DA COLUNA VIA POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL, UM OU DOIS SEGMENTOS.
39059022	OSTEOTOMIA DA COLUNA VIA POSTERIOR OU POSTERO-LATERAL, TRÊS OU MAIS SEGMENTOS.
39060020	TRAT CIRUR DE FRATURA, FRATURA-LUXACAO OU LUXACAO AO NIVEL DE C1/C2, (INCLUI A DESCOMPRESSAO E INSTRUMENTACAO).
39061027	TRAT CIRUR DE FRATURA, LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXACAO DE COLUNA; POR VIA POSTERIOR (INCLUI A DESCOMPRESSAO E INSTRUMENTACAO).
39064026	REVISAO DE ARTRODESE OU TRAT CIRUR DA PSUDARTROSE DA COLUNA, VIA POSTERIOR.
39069028	VERTEBROPLASTIA POR INTRODUÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO VIA PUNÇÃO (INTRA-SOMÁTICO)
39070026	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE GIBA COSTAL (COSTOPLASTIA DE 3 OU MAIS COSTELAS)
39020045	ARTRODESE ESCAPULO-TORACICA
39021041	RESSECÇÃO DA ESCÁPULA
39023044	ESCAPULOPEXIA COM OU SEM OSTEOTOMIA DA ESCAPULA, COM OU SEM RESSECÇÃO DE BARRA OMO-CERVICAL
39025047	TRAT CIRURG DESCOMPRESSIVO AO NÍVEL DO DESFILADEIRO TORÁCICO
39003051	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL PARCIAL
39014053	ARTROPLASTIA DA ESCAPULO-UMERAL TOTAL
39015050	ARTROPLASTIA DA ESCAPULO-UMERAL NÃO CONVENCIONAL
39016056	ARTROPLASTIA DA ESCAPULO-UMERAL DE RESSECCAO
39017052	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL DE REVISAO

39018059	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL DE RECONSTRUCAO (ENXERTO OSSEO)
39001067	ALONGAMENTO OU TRANSPORTACAO OSSEA CIRURGICO DO UMERIO
39003078	ARTROPLASTIA DO COTOVELO (COM IMPLANTE)
39021076	ARTROPLASTIA DO COTOVELO DE RESSECCAO COM OU SEM INTERPOSICAO DE PARTES MOLES
39022072	ARTROPLASTIA DO COTOVELO PARCIAL (CABECA DO RADIO)
39023079	ARTROPLASTIA DO COTOVELO DE REVISAO
39028070	TRAT CIRURG DE LESAO EM EVOLUCAO DE QUALQUER FISE DO COTOVELO
39005089	ALONGAMENTO OU TRANSPORTACAO CIRURGICO DOS OSSOS DO ANTEBRACO
39020088	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINOSTOSE RADIO ULNAR
39031080	TRANSPOSICAO DA ULNA-PRO-RADIO
39014096	ARTROPLASTIA DO PUNHO
39022099	CIRURGIA DE CENTRALIZACAO DO PUNHO
39026094	TRAT CIRURG DE LESAO EM EVOLUCAO DE QUALQUER FISE DO PUNHO
39008100	ARTROPLASTIA INTERFALANGIANA
39009106	ARTROPLASTIA METACARPO FALANGIANA
39015106	TRANSPOSICAO DO DEDO
39041107	OSTEOPLASTA PARA ALONGAMENTO DE OSSO METACARPICO OU FALANGE
39004112	DESARTICULACAO INTER ILIO ABDOMINAL
39009114	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA, LUXACAO, FRATURA-LUXACAO OU DISJUNCAO DO ANEL PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR.
39010112	TRATAMENTO CIRURGICO DA ASSOCIACAO DE FRATURA, LUXACAO, FRATURA-LUXACAO OU DISJUNCAO DOS ANEIS PELVICOS ANTERIOR OU POSTERIOR.
39030113	TRANSPOSIÇÃO OU TRANSFERÊNCIA MIO-TENDINOSO DO PSOAS
39016129	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL NÃO CIMENTADA OU HIBRIDA
39021122	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL
39025128	ARTROPLASTIA DE REVISAO DO QUADRIL
39026124	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSAO (POS-ARTRODESE)
39027120	ARTROPLASTIA DE RECONSTRUCAO DO QUADRIL
39029123	ARTROPLASTIA NÃO CONVENCIONAL DO QUADRIL
39030121	ACETABULOPLASTIA POR OSTEOTOMIA DO ACETABULO OU OSTEOPLASTIA PELVICA

39032124	REVISAO CIRURGICA DE LUXACAO COXO FEMORAL CONGENITA
39033120	ESPONTÂNEA OU PROGRESSIVA OU PARALÍTICA DO QUADRIL, INCLUI CORREÇÕES COMPLEMENTARES DE PARTES MOLES.
39036120	TRAT CIRUR DE FRATURA-LUXACAO COXO-FEMORAL POR DUPLO ACESSO
39037126	TRAT CIRUR DE FRATURA-LUXACAO COXO-FEMORAL INCLUI SINTESE DE FRATURA EPIFISARIA PROXIMAL DO FEMUR
39038122	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO FISÁRIA EM EVOLUÇÃO
39001130	ALONGAMENTO OU TRANSPORTACAO OSSEA AO NIVEL DO FEMUR
39002136	TRAT CIRUR DO ENCURTAMENTO DO FEMUR
39049132	OSTEOTOMIA MÚLTIPLA DO FEMUR (TIPO SOFIELD)
39003140	ARTROPLASTIA PARCIAL DO JOELHO (COM IMPLANTE)
39022145	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO
39023141	TRAT CIRUR DA ROTURA DO MENISCO INTERNO/EXTERNO
39025144	RECONSTRUCAO OSTEOPLASTICA DO JOELHO
39026140	ARTROPLASTIA DE REVISAO (CONDILAR, DO PLANALTO TIBIAL OU DA PATELA)
39027147	ARTROPLASTIA TOTAL DE RECONSTRUCAO (REQUER ENXERTO)
39028143	ARTROPLASTIA NÃO CONVENCIONAL TOTAL DE JOELHO
39029140	QUADRICEPSPLASTIA: MIO-TENO-CAPSULO-FASCIOLISE AO NIVEL DO MECANISMO EXTENSOR
39036146	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR OU TENDAO QUADRICIPITAL
39039145	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EM EVOLUÇÃO DE QUALQUER FISE AO NÍVEL DO JOELHO
39041140	ENXERTIA AUTÓLOGA OSTEOCONDRA (MOSAICOPLASTIA) OU CONDRA
39043142	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA -ARTICULAR DO JOELHO (LIGAMENTOPLASTIA)
39002152	ALONGAMENTO OU TRANSPORTACAO OSSEA AO NIVEL DA TIBIA
39025152	ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA
39026159	TRANSPOSIÇÃO DA FÍBULA PARA A TÍBIA
39034151	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PSEUDOARTROSE CONGÊNITA DA TÍBIA
39044157	TRANSPLANTE DE MENISCO
39030164	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL
39032167	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EM EVOLUÇÃO DE QUALQUER FISE DO TORNOZELO
39024172	TRAT CIRUR DA PSEUDO-ARTROSE, RETARDO DE CONSOLIDACAO OU PERDA OSSEA AO NIVEL DO(S) OSSO(S) DO TARSO

39045170	ARTROPLASTIA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGEANA OU INTERFALANGEANA
39050173	REVISÃO CIRÚRGICA DO PE TORTO CONGÊNITO
39051170	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO
39053172	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS
39057178	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TALO VERTICAL
39058174	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALISÃO TARSAL
39060179	TENOTOMIA OU TENOPLASTIAS AO NÍVEL DO PÉ
39065170	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PÉ EM FENDA, DEDO BÍFIDO, MACRODACTILIA, SINDACTILIA OU POLIDACTILIA
39015190	TENO-MIOTOMIA MÚLTIPLA
39016196	TRANSPOSICAO DE TENDAO OU TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA
39001261	TRANSPLANTES COM MICROANASTOMOSE VASCULAR; MÚSCULO-CUTÂNEOS
39002268	TRANSPLANTES COM MICROANASTOMOSE VASCULAR; ÓSTEO-MÚSCULO-CUTÂNEOS
39003264	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA EM TUMOR ÓSSEO
39004260	MICRONEURÓLISE
39005267	EXÉRESE MICROCIRÚRGICA DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO OU NEUROMA
39006263	MICRONEURORRAFIA
39007260	ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO; ÚNICO NERVO
39008266	ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO; DE DOIS OU MAIS NERVOS
39009262	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL; EXPLORAÇÃO E NEURÓLISE
39010260	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL; MICROENXERTIA
39011267	REIMPLANTE AO NÍVEL DA COXA ATÉ O TERÇO PROXIMAL DA PERNA
39012263	REIMPLANTE DO TERÇO MÉDIO DA PERNA ATÉ O PÉ
39013260	REIMPLANTE DO OMBRO ATÉ O TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO
39014266	REIMPLANTE DO TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO ATÉ OS METACARPÍANOS
39015262	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR
39016269	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO AO NÍVEL DA MÃO E OUTROS DEDOS EXCETO POLEGAR
39017265	TRANSPLANTE DO HALUX PARA O POLEGAR
39018261	TRANSPLANTE DO 2o. PODODACTÍLIO PARA O POLEGAR OU PARA QUALQUER OUTRO DEDO DA MÃO

39014312	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DE GRANDES ARTICULAÇÕES (QUADRIL, JOELHO, OMBRO E COTOVELO).
39015319	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS E PEQUENAS ARTICULAÇÕES (PUNHO, DEDO, TORNOZELO E PÉ)
39016315	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS

21. Cirurgia Plástica

Os procedimentos em **cirurgia plástica serão realizados no HSPE**, exceto grupo 38101017 – Cirurgia de pele e tecido subcutâneo I.

O grupo 381010125 - Cirurgia de pele e tecido subcutâneo II poderá ser autorizado pelo Decam em Politraumatizados.

22. Gastroplastia

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

Compatibilidade entre o procedimento e o material

Código	Descrição
33.022.04-6	Gastroplastia
93.481.33-0	Kit Grampeador Linear Cortante + 04 Cargas

As unidades que efetuarem a avaliação inicial e os Centros de Referência deverão observar o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida do IAMSPE – Gastroplastia, sendo obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no protocolo.

Decorridos 12 (doze) meses da realização do procedimento cirúrgico, o Centro de Referência deverá, obrigatoriamente, enviar o Protocolo devidamente preenchido ao Decam, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgia bariátrica.

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

Os pacientes submetidos a Gastroplastia poderão realizar os procedimentos de cirurgia plástica corretiva, conforme os códigos abaixo:

Grupo	Procedimento	Descrição
38101041	38058138	Dermolipectomia Abdominal pós
	38059061	Mamoplastia pós Gastroplastia

	38060060	Dermolipectomia Crural pós Gastroplastia
	38061139	Dermolipectomia Braquial pós Gastroplastia

A cobrança do procedimento 38000008 - Cirurgias Plásticas Sequenciais em pacientes pós Gastroplastia será efetuado da seguinte forma:

- Os procedimentos do Grupo 38101041 acima descritos poderão ser cobrados no DEMONSTRATIVO DA CONTA simultaneamente (no máximo 02), quando as condições clínicas do paciente assim o permitirem.
- O DEMONSTRATIVO DA CONTA deverá ter como Procedimento Solicitado e Realizado o código 38000008.
- Para cobrança desses procedimentos, deverá ser lançado no campo o nº da GUIA AUTORIZAÇÃO referente à cirurgia de Gastroplastia realizada no paciente.

23. Atendimento de Queimados

23.1. Classificação de queimaduras

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

Pequeno Queimado	Paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida
Médio Queimado	Paciente com queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou Paciente com queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou; Paciente com queimadura de mão e/ou pé
Grande Queimado	Paciente com queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou Paciente com queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou; Paciente com queimadura de períneo

Será igualmente considerado grande queimado o paciente que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura uma ou mais das seguintes situações:

✓ Choque insuficiência renal ✓ Distúrbios de hemostasia ✓ Doenças consuptivas ✓ Embolia pulmonar ✓ Infarto agudo do miocárdio ✓ Insuficiência cardíaca ✓ Insuficiência hepática	✓ Lesão inalatória ✓ Politrauma ✓ Quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura ✓ Síndrome compartimental ✓ Trauma craniano ✓ Trauma elétrico
---	--

23.2. Atendimento de queimados em Hospital Geral

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

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

23.3. Atendimento de queimados em Centros de Referência em Queimados

Os seguintes grupos e procedimentos podem ser realizados em Centros Referência em Queimados.

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

23.4. Atendimento de queimados em Centros Intermediários de Assistência a Queimados

Grupos e procedimentos que podem ser realizados em Centros Intermediários de Assistência a Queimados.

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

No procedimento 38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados, o limite de cobrança mensal é de 01(um) por Guia de Autorização. No valor do procedimento estão incluídos os curativos, debridamentos e anestesia.

23.5. Anestesia / Analgesia

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

Nos casos de atendimento nos Centros de Referência em Alta Complexidade e Cuidados Intermediários de Assistência aos Queimados utilizar o código 99.600.07-2 – Analgesia

Ato Profissional	Quantidade
99.600.07-2*	01 até 05, conforme o caso.

23.6. Diária de UTI DE Queimados

Ato Profissional
96.008.01.6 – Diária de UTI de Queimados

23.7. Intercorrências do paciente médio e grande queimado - 99.600.15.3

Este procedimento poderá ser realizado apenas em Centros de Referência em Assistência a Queimados e Centros Intermediários de Assistência a Queimados quando os grupos de procedimentos e procedimentos forem:

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

Ato Profissional	Limite de Utilização
99.600.15.3	15

24. Transplantes e Retransplantes

Os procedimentos de transplantes e retransplantes serão realizados no HSPE, exceto de córnea, esclera e periósteo que poderão ser autorizados em entidades consideradas de referência para o Decam.

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

25. Normas para cobranças de Diárias de Permanência Prolongada/Retaguarda do HSPE:

Portaria Iamspe 43 de 18/10/2011

Artigo 1º - “Norma Técnica para disciplinar a internação de pacientes beneficiários do Iamspe em Hospitais de Retaguarda/Permanência Prolongada na Região Metropolitana de São Paulo contratados pelo Iamspe”, a seguir:

I - Introdução

A contratação de serviços médico-hospitalares caracterizados como Hospitais de Retaguarda / Permanência Prolongada na Grande São Paulo (RMSP) foi implantada para atender a demanda reprimida de pacientes crônicos que necessitavam de cuidados de enfermagem ou da garantia da continuidade de tratamento, com o intuito de aumentar a rotatividade dos leitos existentes no hospital.

Há tempos, observa-se que a permanência destes pacientes crônicos tem sido longa e que o grupo populacional internado nesses nosocômios pertence àqueles de faixa etária mais elevada. Estes pacientes além do quadro de saúde comprometido, às vezes de recuperação prolongada, necessitavam de continuidade de tratamento em instituição com menor complexidade de recursos até a melhora do quadro clínico. No entanto, temos observado que existe uma forte tendência de institucionalização do paciente, tendência essa reforçada tanto pelos interesses dos prestadores como pelos familiares.

Além dos problemas acima referidos, constatamos também a presença de sérios problemas sociais que contribuem no prolongamento do período de internação, caracterizando-se como internações asilar ou de “cuidados mínimos”.

II - CONCEITUAÇÃO

HOSPITAIS DE RETAGUARDA / PERMANÊNCIA PROLONGADA DO HSPE

Entende-se por hospitais de retaguarda aqueles cujos leitos se destinam a pacientes:

1. Pacientes convalescentes, submetidos a procedimentos clínico/cirúrgicos que se encontram em recuperação e necessitam de acompanhamento médico e cuidados assistenciais e reabilitação físico funcional;
2. Pacientes portador de múltiplos agravos necessitando de cuidados médicos assistenciais permanentes e terapia de reabilitação;
3. Paciente crônico – Portador de patologia de evolução lenta ou portador de seqüela de patologia básica que gerou a internação necessitando de cuidados médicos e assistenciais permanentes e reabilitação físico funcional;
4. Paciente convalescente ou portador de seqüelas, necessitando suporte médico, de enfermagem e fisioterapia (fonoaterapia?), estáveis hemodinamicamente, em uso de sonda ou gastrostomia para alimentação e/ou traqueostomia e/ou oxigenioterapia e/ou portador de úlceras de pressão

necessitando curativos e não elegíveis para Assistência Domiciliar por complexidade dos cuidados ou por ausência de cuidador, ou falta de condições adequadas de habitação ou por estar fora de perímetro de atendimento.

5. Pacientes portadores de patologia psiquiátrica de longa evolução, estável, necessitando supervisão para atividades da vida diária e sem retaguarda familiar (ex. esquizofrenia residual).
6. Pacientes acamado ou com grave restrição de movimentação, portador de patologia crônica, estável, necessitando supervisão para atividades da vida diária e sem retaguarda familiar.
7. Pacientes portadores de patologia crônica, dependente de supervisão para atividades da vida diária em processo de definição de curatela para utilização de renda própria para pagamento de instituição de longa permanência, com recursos próprios.
8. Pacientes matriculados no programa de Assistência Domiciliar, em período curto e pré-definido para atenção ao cuidador (tratamento médico).

O Hospital de Retaguarda / Permanência Prolongada caracteriza-se pelo atendimento a uma clientela heterogênea, com variadas patologias, necessitando de assistência prestada por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de promover a reabilitação do paciente.

As internações referenciadas para os Hospitais de Retaguarda / Permanência Prolongada possibilitam:

- 1) Aumentar a rotatividade dos leitos de 1º linha, diminuindo o tempo de permanência do paciente nos Hospitais Gerais, que se destinam à internação de casos agudos e mais complexos;
- 2) Diminuir o custo do leito/dia, em função da menor intensidade de cuidados médicos, com maior ênfase nos cuidados e orientações de enfermagem.

Os Hospitais de Retaguarda / Permanência Prolongada, no tocante as Normas Técnicas e Legislações Específicas deverão obedecer às legislações vigentes ou outras que vierem a substituí-las ou complementá-las.

**III - CRITÉRIOS PARA RECLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS DE RETAGUARDA / PERMANÊNCIA DO HSPE
PROLONGADA CONTRATADOS POR TIPO I, II OU III, SEGUNDO CAPACITAÇÃO TÉCNICA – ADMINISTRATIVA
INSTALADA E OFERTADA**

CRITÉRIOS	TIPO		
	I	II	III
Área de Recepção e Espera	X	X	X
Área de manutenção e reparos (equipamento/mobiliário e imóvel)	X	X	X
Central de Material Esterilizado	X	X	X
Cozinha	X	X	X
Enfermaria com máximo de 3 leitos e banheiro privativo	X	X	X
Farmácia/Dispensação de Medicamentos	X	X	X
Posto - Serviço de Enfermagem	X	X	X
Refeitório para pacientes	X	X	X
Sala do Serviço Social	X	X	X
Sala de atendimento da equipe multidisciplinar (psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista e outros)	X	X	X
Sala de estar e/ou lazer para os pacientes	X	X	X
Transporte - Ambulância com equipamento de urgência e oxigênio/medicamentos - (Portaria 9/94 - CVS)			X
Transporte - Garantia de remoção ambulância mediante serviço próprio ou terceirizado	X	X	
Serviço de Prontuário do Paciente (SPP)	X	X	X
Serviço de Laboratório de Patologia Clínica		X	X
Serviço de Radiologia		X	X
Serviço de Reabilitação		X	X
Serviço de Fisioterapia		X	X
Serviço de Lavanderia Hospitalar (cobertura nas 24 horas nos 7 dias por semana)		X	X
Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar (cobertura nas 24 horas nos 7 dias por semana)		X	X
Serviço de Higiene e Limpeza (cobertura mínima de 12 horas/dia nos 7 dias por semana)	X		
Serviço de Nutrição e Dietética, com Nutricionista inscrito no CRN, com cobertura nas 6 horas diárias nos 7 dias da semana		X	X
Apoio Técnico de Nutricionista inscrito no CRN, com cobertura de 20 horas semanais - no mínimo de 4 dias por semana	X		
Assistência Médica - Médico Diarista, inscrito no CRM para cobertura nas 4 horas diária nos 5 dias da semana		X	X
Assistência Médica - Médico, inscrito no CRM, no mínimo 3 visitas por semana	X		
Assistência Médica - Médico Plantonista, inscrito no CRM, para cobertura nas 24 horas nos 7 dias da semana			X
Assistência Médica - Médico Plantonista, inscrito no CRM, para cobertura à distância nas 24 horas nos 7 dias da semana	X	X	
Assistência de Enfermagem por enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem inscrito no COREn e cobertura nas 24 horas nos 7 dias da semana	X	X	X
Assistência Farmacêutica por farmacêutico responsável, inscrito no CRF, e cobertura de 30 horas semanais no mínimo 5 dias/semana	X	X	X
Assistência por Terapeuta Ocupacional, inscrito no CREFITO, para cobertura de 20 horas semanais - no mínimo 4 dias da semana	X	X	X
Assistência por Fisioterapeuta, inscrito no CREFITO, com cobertura de 20 horas semanais - no mínimo 5 dias da semana		X	X
Assistência por Psicólogo, inscrito no CRP, com cobertura de 20 horas semanais - no mínimo 4 dias da semana			X
Apoio e orientação por Assistente Social inscrito no CRSS, com cobertura de 20 horas semanais, no mínimo 5 dias / semana	X	X	X
Fornecimento e Administração de Medicamentos	X	X	X
Realizar procedimento - Eletrocardiograma (ECG)		X	X
Realizar procedimentos de Fisioterapia e Reabilitação		X	X
Realizar tratamento com Oxigênio (Oxigenioterapia)			X
Realizar tratamento com indicação de Oxigênio até 24 horas após a internação		X	X

IV – CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE SOB CUIDADOS PROLONGADOS

Os pacientes sob cuidados prolongados apresentam patologias de longa duração, necessitam de assistência contínua e de reabilitação física funcional, depreende-se que sua tecnologia se baseia, sobretudo em recursos humanos capacitados, posto que, os internados precisam especialmente de cuidados médicos, de enfermagem, apoio psicológico, reabilitação e acompanhamento social.

Em função de sua problemática social, esta clientela pode se tornar dependente das instituições. É paciente que no domicílio requer assistência de um cuidador temporário ou permanente, o que vem a ser um complicador para a aceitação da alta pelo próprio paciente e pelos familiares ou responsáveis, podendo esta clientela se tornar dependente das instituições.

V - CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

As internações de retaguarda / cuidados prolongados deverão ser previamente autorizadas e atender a classificação do tipo de paciente e cuidados necessários especificados a seguir:

Código 85100030 Pacientes sob Cuidados mínimos:

- Pacientes portadores de patologia psiquiátrica de longa evolução, estável, necessitando supervisão para atividades da vida diária e sem retaguarda familiar (ex. esquizofrenia residual).
- Pacientes acamado ou com grave restrição de movimentação, portador de patologia crônica, estável, necessitando supervisão para atividades da vida diária e sem retaguarda familiar.
- Pacientes portadores de patologia crônica, dependente de supervisão para atividades da vida diária em processo de definição de curatela para utilização de renda própria para pagamento de instituição de longa permanência, com recursos próprios.
- Pacientes matriculados no programa de Assistência Domiciliar, em período curto e pré-definido para atenção ao cuidador (tratamento médico).

Códigos 85300713; 85300721; 85300730; 85300748; 85300756; 85300764; 85300772; 85500739; 85500747; 85500755; 85500763; 85500771; 85500780 e 85500798 – Pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades, etc.:

- Paciente convalescente ou portador de seqüelas, necessitando suporte médico, de enfermagem e fisioterapia (fonoaterapia?), estáveis hemodinamicamente, em uso de sonda ou gastrostomia para alimentação e/ou traqueostomia e/ou oxigenioterapia e/ou portador de úlceras de pressão necessitando curativos e não elegíveis para Assistência Domiciliar por complexidade dos cuidados ou por ausência de cuidador, ou falta de condições adequadas de habitação ou por estar fora de perímetro de atendimento.

Código 91820014 - Diária de internação de Retaguarda em Hospital Geral (Inclusão na Tabela IAMSPE 2011 do Código 91820014 (Grupo 91810000 – internações de complexidade diferenciada):

- Pacientes convalescentes, submetidos a procedimentos clínico/cirúrgicos que se encontram em recuperação e necessitam de acompanhamento médico e cuidados assistenciais e reabilitação físico funcional;
- Pacientes portador de múltiplos agravos necessitando de cuidados médicos assistenciais permanentes e terapia de reabilitação;
- Paciente crônico – Portador de patologia de evolução lenta ou portador de seqüela de patologia básica que gerou a internação necessitando de cuidados médicos e assistenciais permanentes e reabilitação físico funcional;

Na “Diária de internação de Retaguarda em hospital geral estão inclusos:

1. Serviços Hospitalares: Diárias (enfermarias/semi-intensiva/UTI); taxas de salas e de enfermagem, materiais, medicamentos exceto antibióticos de terceira ou quarta gerações/quimioterápicos que serão fornecidos pelo HSPE; dietas (inclusive enteral);
2. Serviços profissionais: Honorários de médicos e paramédicos. Inclusos Consulta/avaliação de paciente internado e interconsulta;
3. Fisioterapia respiratória e motora;
4. Serviços Auxiliares de Diagnose e Tratamento, exceto aqueles cujos valores unitários ultrapassem 50% do valor da diária;

Os Hospitais de Retaguarda / Permanência Prolongada contratados pelo Iamspe serão classificados de acordo com a complexidade dos serviços ofertados e classificados como Hospital Tipo I, Tipo II ou do Tipo III, mediante processo de avaliação a ser realizado pelo Grupo Técnico de Auditores credenciados para esta finalidade.

Assim os Hospitais de Retaguarda / Permanência Prolongada poderão internar pacientes de acordo com os Grupos de Procedimentos classificados pelo grau de dependência e os cuidados necessários.

Hospital do Tipo I – Código 85100030

Hospital do Tipo II – Códigos 85300713; 85300721; 85300730; 85300748; 85300756; 85300764; 85300772; 85500739; 85500747; 85500755; 85500763; 85500771; 85500780 e 85500798

Hospital do Tipo III – Código 91820014

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM O CÓDIGO DE PROCEDIMENTOS (GRUPO) E TIPO DE HOSPITAL

Tipo do Hospital	Código – Grupo de Procedimentos		
	85100030	85300713 - 85300721 85300730 - 85300748 85300756 - 85300764 85300772 - 85500739 85500747 - 85500755 85500763 - 85500771 85500780 - 85500798	91820014
Tipo I			
Tipo II	✓	✓	
Tipo III		✓	✓

Toda mudança de procedimento deve ter autorização prévia do médico auditor

Os códigos relacionados somente poderão ser faturados por entidades contratadas pelo IAMSPE para retaguarda do HSPE na Região Metropolitana de São Paulo.

VI - FLUXO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CRONICOS

1. Solicitação de internação
2. Autorização de internação
3. Internação

1. SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

A solicitação de internação pode originar-se no:

- a. Ambulatório Médico do Hospital do Servidor Público Estadual.
- b. Pronto-Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual.
- c. Enfermaria do Hospital do Servidor Público Estadual.

É de responsabilidade das clínicas, de que todos os pacientes indicados para internação deverão ter o retorno e seguimento ambulatorial previamente agendado, antes do encaminhamento ao hospital contratado.

O médico que indica a internação deverá encaminhar o paciente ou responsável para a GESTÃO DE PACIENTES DO HSPE juntamente com:

- 1) Relatório Médico (com previsão de dias de internação e data de retorno ambulatorial);
- 2) Guia de Autorização de Internação Externa (devidamente preenchida);
- 3) Relatório de Enfermagem;
- 4) Relatório Social.

Não deverão ser encaminhados para Hospitais contratados pacientes durante o plantão noturno, nos feriados e nos finais de semana.

Os pacientes atendidos no Pronto-Socorro durante o plantão noturno deverão permanecer em leitos de retaguarda do HSPE para avaliação no período diurno.

2. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

A GESTÃO DE PACIENTES deverá inserir a solicitação no Portal Iamspe, devendo observar as indicações para as internações encaminhando o paciente para o hospital contratado pelo IAMSPE que conte com o recurso mais adequado para o tratamento proposto. A autorização de internação é dada pela CENTRAL DE REGULAÇÃO do DECAM.

O paciente não terá direito à escolha de sua preferência, pois a internação se dará de acordo com a complexidade do problema e a disponibilidade de vaga.

3. ALTA HOSPITALAR

O hospital contratado é responsável pela alta do paciente e por ocasião da mesma deverá providenciar o preenchimento da Ficha de Contra-Referência para o paciente apresentar no ato da consulta ambulatorial além das receitas para a continuidade do tratamento no domicílio.

Após a alta do paciente, o Hospital de imediato deverá providenciar a Relação Nominal dos Pacientes e encaminhar a DECAM – Grupo Técnico de Auditores até no prazo máximo de 03 (três) dias úteis após a alta.

Em caso de óbito, o Hospital contratado deverá encaminhar cópia do atestado de óbito, anexo à fatura do mês.

DISPOSIÇÕES FINAIS

PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Os pacientes que necessitarem de prorrogação de tempo de internação, os hospitais contratados deverão solicitar a autorização de prorrogação mediante justificativa, até no máximo, o último dia útil de vigência da internação, via Portal Iamspe, mediante justificativa emitida pelo diretor clínico e o médico solicitante (Relatório Clínico e de Prescrição Médica). A não solicitação de prorrogação, via Portal Iamspe, até a data determinada e/ou não autorizada por parte do Auditor implica na ALTA ADMINISTRATIVA (suspensão do pagamento das diárias subseqüentes).

RECLASSIFICAÇÃO COMO “PACIENTES SOB CUIDADOS MÍNIMOS”

Em situação em que o paciente esteja em condição de alta hospitalar, necessitando de cuidados mínimos de assistência a saúde, o Hospital contratado deverá comunicar de imediato, ao DECAM – Coordenação de Auditoria, que encaminhará a GESTÃO DE PACIENTES que realizará o estudo do caso pelo serviço social, levando-se em consideração a avaliação social (renda, moradia, convívio social e escolaridade), estabelecendo um prazo para que a família ou responsável pelo paciente tome as devidas providências.

TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL DO IAMSPE

O hospital contratado deverá transferir o paciente para o Hospital do Servidor Público Estadual quando o mesmo apresentar piora do quadro clínico durante a internação.

REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AUDITORIA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES.

A área técnica do DECAM é responsável pelo processo de regulação, avaliação, acompanhamento, controle e auditoria das internações hospitalares.

Para tanto o DECAM deverá implantar mecanismos de regulação, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria dos serviços contratados objetivando a qualificação da assistência a saúde dos beneficiários do Iamspe internados nestes hospitais.

Os serviços de saúde contratados pelo Iamspe serão submetidos à Auditoria Operacional de Rotina e/ou Auditoria Especial a ser realizada por uma equipe multiprofissional com objetivo de aferir de modo contínuo a eficácia, adequação, eficiência e os resultados dos serviços de saúde. Identificar as distorções, promover correções e buscar qualificação da assistência, procurando a obter a melhor relação custo/benefício/eficácia no atendimento das necessidades do paciente.

A equipe de auditoria deve estar preparada e munida de instrumentos que possibilite a elaboração de um Relatório Operacional e Analítico de Auditoria que permita a detecção de distorções e/ou irregularidades para adoção de medidas corretivas e/ou punitivas se necessário.

Artigo 2º – Alteração do valor do Código 85100030 - Pacientes sob Cuidados mínimos para R\$ 72,68 (setenta e dois reais e sessenta e oito centavos);

Artigo 3º – Alterações dos valores dos Códigos 85300713; 85300721; 85300730; 85300748; 85300756; 85300764; 85300772; 85500739; 85500747; 85500755; 85500763; 85500771; 85500780 e 85500798 – Pacientes sob cuidados prolongados por enfermidades, etc. para R\$ 123,83 (cento e vinte e três reais e oitenta e três centavos);

Artigo 4º – Inclusão na Tabela Iamspe 2011 do Código 91820014 (Grupo 91810000 – internações de complexidade diferenciada) - Diária de internação de Retaguarda em Hospital Geral no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais);

Artigo 5º – Informação de que os códigos listados nos artigos 3º, 4º e 5º somente poderão ser faturados por entidades contratadas pelo Iamspe para retaguarda do HSPE na Região Metropolitana de São Paulo;

Artigo 6º - Exclusões dos Códigos 67300014 e 67500013 da Tabela Iamspe 2011 – “Tratamento em reabilitação” por não atender mais as necessidades do Iamspe;

Artigo 7º – Revogação da Portaria Iamspe 238 de 22 de novembro de 2001.

26. Apresentação das contas médica (meio físico) para faturamento

Todas as cobranças de internações deverão estar totalmente inclusas no sistema de autorização lamspe (Portal lamspe), do pedido inicial, das suas alterações, prorrogações e os materiais especiais solicitados, devidamente codificados conforme tabela lamspe.

As cobranças de procedimentos especiais que não haja similares na Tabela lamspe, após autorização da Diretoria do Decam, deverão ser inseridos na observação da guia padrão TISS e no Portal lamspe. Os casos que possivelmente venham a sair da regra serão totalmente avaliados pela auditoria médica, sujeitos a glosas se não houver subsídios técnicos adequados.

26.1. Cobrança de Internações Clínicas

A entidade deverá anexar ao faturamento:

I – Guia (senha) de autorização inicial e prorrogações (se houver), emitida pelo Portal lamspe;

II – Relatório médico detalhado, assinado e carimbado pelo médico assistente constando:

1. Datas de internação e de alta na entidade e na UTI (se houver);
2. Motivo da internação com CID(s);
3. Intercorrências apresentadas;
4. Outros dados que julgar pertinentes.

26.2. Cobrança de Internações cirúrgicas

A entidade deverá anexar ao faturamento:

I – Guia (senha) de autorização inicial e prorrogações (se houver), emitida pelo Portal lamspe;

II – Relatório médico detalhado, assinado e carimbado pelo médico assistente (cirurgião) constando:

1. Datas de internação e de alta na entidade e na UTI (se houver);
2. Motivo da internação com CID(s);
3. Descrição cirúrgica resumida;
4. Intercorrências apresentadas;
5. Outros dados que julgar pertinentes.

III – Nos casos de cirurgias com materiais especiais (próteses, implantes, cateteres, etc...), sempre deve acompanhar,

1. Cópia da Nota fiscal
2. Etiqueta do produto utilizado, com código de rastreabilidade e registro ANVISA.

26.3. Cobrança de SADT:

Nos casos de SADT, passa a ser encaminhados da seguinte forma:

Do envio:

I – Guia no padrão TISS assinada pelo paciente ou representante do mesmo, sempre constando da guia, assinatura do paciente e do profissional solicitante, com carimbo do CRM.

II – Nos casos com autorização prévia, deverá acompanhar a guia com a senha IAMSPE, assinatura do paciente e do profissional solicitante com carimbo do CRM.

III – Nos casos de fisioterapia, apresentar comprovação do procedimento fisioterápico realizado com assinatura do paciente (a cada sessão) e carimbo do profissional que realizou.

IV – Não há necessidade de enviar os laudos comprobatórios dos exames realizados e sim manter em arquivo na entidade por 90 (noventa dias) para que, se houver necessidade ou divergências a auditoria IAMSPE tenha acesso junto a entidade

26.4. Cobrança de consultas médicas

A entidade deverá enviar para o faturamento:

I – Guia no padrão TISS assinada pelo paciente ou representante do mesmo, sempre constando da guia, assinatura do paciente e do profissional, com carimbo do CRM.