

## **1 – INTRODUÇÃO**

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

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

Com o avanço da implantação do SUS em todo o país e dando sequência a seus princípios, tornou-se necessário o estabelecimento de mecanismos operacionais que permitissem a efetiva descentralização da gestão dos serviços de saúde. Estes mecanismos foram então estabelecidos pelas NOBSUS 01/93 e NOBSUS 01/96.

## **2 – OBJETIVOS**

Informar sobre o SIH-SUS, sua implantação e características gerais.

Fornecer instrumentos aos Gestores Estaduais e Municipais a adequada administração e controle do Sistema.

Capacitar os servidores das unidades hospitalares (Federais, Municipais, Filantrópicas e Privadas Lucrativas) integrantes do Sistema a manusear e preencher corretamente os documentos que a ele se refiram.

### **3 - DOCUMENTOS DO SISTEMA**

#### **3.1. - LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH.**

Laudo Médico é o instrumento para solicitação de internação do paciente em Hospitais integrantes do SIH-SUS, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos. Permite a emissão de AIH que irá garantir o acesso a Unidade Prestadora, bem como o pagamento dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS, durante a internação hospitalar.

#### **3.2. - LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

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

#### **3.3. - LAUDO DE ENFERMAGEM PARA EMISSÃO DE AIH DE PARTO NORMAL**

É o instrumento para solicitação de autorização para emissão de AIH de Parto Normal sem Distócia.

#### **3.4. - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH**

##### **3.4.1. - AIH DE IDENTIFICAÇÃO 7 - FORMULÁRIO**

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

##### **3.4.2. - AIH IDENTIFICAÇÃO 1 - MEIO MAGNÉTICO**

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

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

A transcrição dos dados da internação para a AIH destinados ao processamento, observa as características dos arquivos e o fluxo de informações definidos no Manual das Unidades Hospitalares (SISAIH01), fornecido pelo Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde.

### **3.4.3. - AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 - LONGA PERMANÊNCIA**

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

### **3.5. - FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE - FCES**

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

O CNPJ da Unidade Hospitalar é a chave de acesso ao SIH-SUS constituindo-se em elemento indispensável para identificação dos Hospitais no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento na FCES, em qualquer uma das situações: Inclusão, Alteração ou Exclusão.

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

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

1ª via - GESTOR MUNICIPAL

2ª via – HOSPITAL

3ª via – GESTOR ESTADUAL

Os dados deverão ser encaminhados ao DATASUS em meio magnético ou transmitido via BBS.

### **3.6 – FICHA CADASTRAL DE TERCEIROS**

#### **3.6.A – F.C.T. PESSOA JURÍDICA**

A Ficha Cadastral de Terceiros – Pessoa Jurídica é o instrumento para o gestor incluir, alterar ou excluir, terceiros no cadastro do SIH-SUS.

O CNPJ do prestador de serviço é a chave de acesso ao SIH-SUS, constituindo-se

elemento indispensável para a sua identificação no Sistema, sendo obrigatório seu preenchimento, em qualquer uma das situações inclusão, alteração e exclusão.

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

1ª via - GESTOR do SUS

2ª via – PRESTADOR DE SERVIÇO

Os dados deverão ser encaminhados ao DATASUS em meio magnético ou transmitidos via MS/BBS.

### **3.6.B – F.C.T. PESSOA FÍSICA**

A Ficha Cadastral de Terceiros – Pessoa Física é o instrumento para o gestor incluir, alterar ou excluir, terceiros no cadastro do SIH-SUS.

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

A FCT - Pessoa Física é digitada utilizando-se o Programa FCT-EXE, fornecido pelo DATASUS e disponibilizado no MS/BBS, conforme determina a PT/MS/SAS 157 de 30 de Agosto de 1996.

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

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

O CPF do Profissional e do(a) Beneficiário(a) são chaves de acesso ao SIH-SUS constituindo-se em elementos indispensáveis para sua identificação no Sistema, devendo constar, obrigatoriamente, em todo FCBPA, qualquer que seja a sua destinação: Inclusão, Alteração ou Exclusão.

A FCBPA deverá ser preenchido a máquina ou com tinta preta ou azul, em letra de imprensa, com caracteres em maiúscula.

O FCBPA deverá ser encaminhado juntamente com o Mandato Judicial.

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

1ª via - DATASUS

2ª via - GESTOR do SUS

3ª via - BENEFICIÁRIA

### **3.8. - FICHA DE CADASTRO DE ÓRGÃO EMISSOR - FCOE**

A Ficha de Cadastro de Órgão Emissor - FCOE, é o instrumento para o gestor Incluir, Alterar ou Excluir Órgãos Emissores de AIH no SIH-SUS.

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

O preenchimento da FCOE deverá ser feito de acordo com os dados fornecidos pelo Sistema FCOE, disponível na BBS/MS e o disquete correspondente deverá ser enviado à Coordenação de Operação de Controle dos Serviços de Saúde - COSAU/MS.

### **3.9. - EXTRATO DE CONTA HOSPITALAR**

Esta Conta hospitalar foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e suas contribuições sociais.

Número da AIH: .....

Nº . do Prontuário:.....

Data de Nascimento:.....

Período de Internação.....

Caráter da Internação.....

Clínica.....

Procedimento Realizado.....

CPF Médico Responsável.....

Motivo de Saída:.....

Data Emissão Documento:.....

**DESPESAS HOSPITALARES:**

Valor referente aos serviços hospitalares:.....

Valor referente aos serviços profissionais:.....

Valor referente ao SADT.....

Valor total desta internação.....

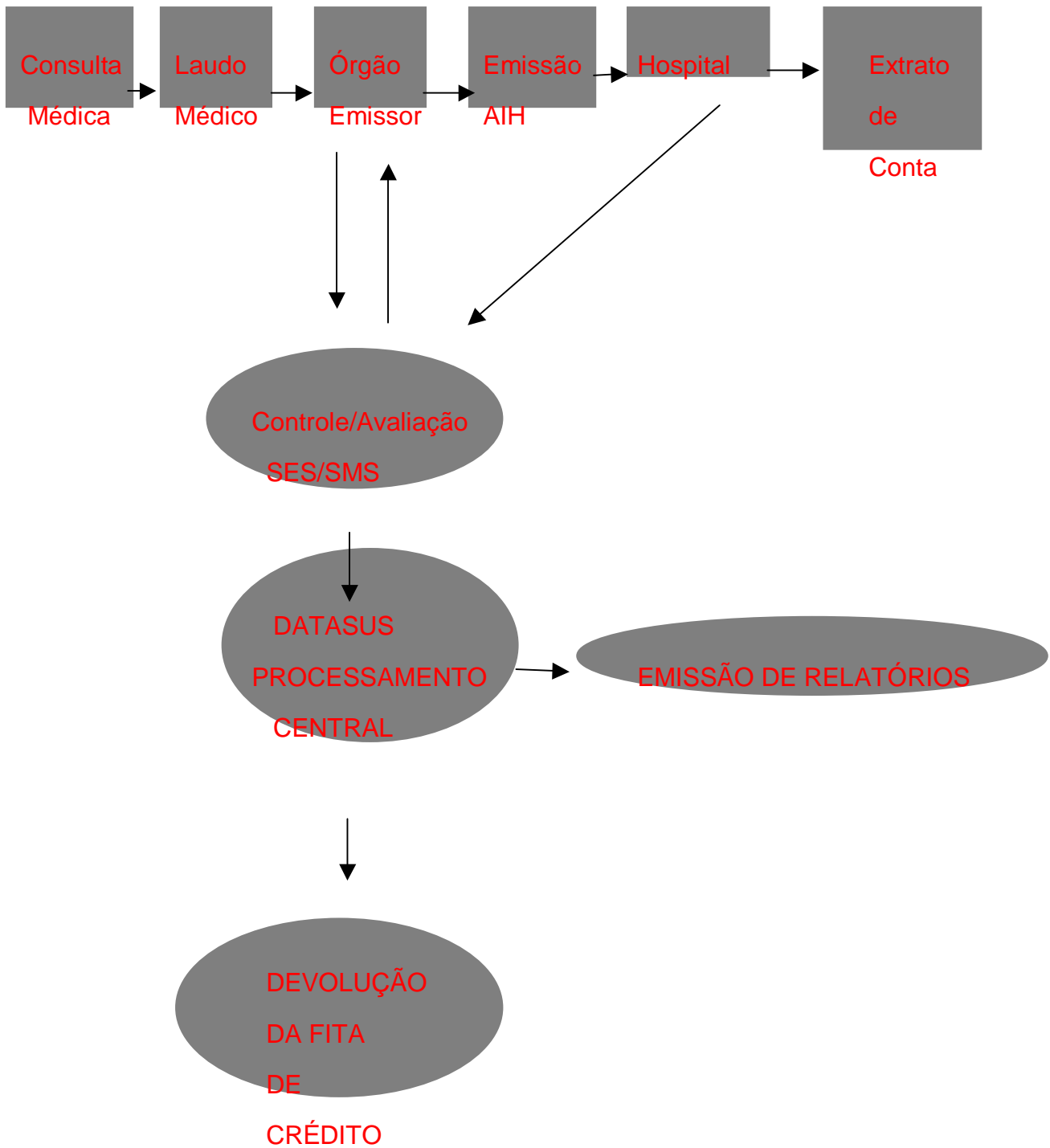
---

MÉDICO

O Hospital deverá confeccionar extrato de conta hospitalar, onde constem os itens acima especificados.

A emissão é obrigatória e o seu modelo padronizado poderá ser obtido através de Programa SISAIH01 disponível na BBS/MS.

#### 4 - \* FLUXO DO SISTEMA





- \* Nos Procedimentos realizados em caráter eletivo, o fluxo inicia-se com a Consulta Médica em consultório ou em PAM, onde o assistente emite o Laudo Médico;
- \* Nos Procedimentos realizados em caráter de urgência, o fluxo inicia-se com a internação hospitalar ou seja, o Laudo Médico é emitido no hospital, e segue o fluxo, conforme o organograma.

## **5 - FLUXO DA INTERNAÇÃO**

### **5.1. - CONSULTA**

A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em:

- A) - Consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS;
- B) - Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.
- C) - Em ambos os casos o médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico.

A consulta realizada por enfermeiro obstetra somente poderá ocorrer em Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema único de Saúde - SUS.

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

### **5.2. - LAUDO MÉDICO.**

O Laudo Médico será preenchido de forma legível, em 2 vias, conterà além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

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

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

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

### **5.3. – LAUDO DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

O Laudo do Enfermeiro Obstetra conterà, além da identificação do paciente, as

informações de anamnese, exame físico, exames subsidiários (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial.

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

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

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

#### **5.4. EMISSÃO DA AIH.**

O paciente ou responsável, munido do Laudo, dirige-se à Unidade Gestora local, onde o médico responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento e:

A) - Considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais;

B) - Considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH.

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

#### **5.4.1 - CONTROLE DE INTERNAÇÃO:**

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

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

#### **SISTEMA DE CONTROLE DE INTERNAÇÃO**

**OBJETIVOS:**

**MUDANÇA DA LÓGICA DE DISTRIBUIÇÃO DE AIH**

**CONTROLE PRÉVIO DAS INTERNAÇÕES**

**RECADASTRAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES**

## IMPLANTAÇÃO DA CENTRAL DE LEITOS

### 5.5 - INTERNAÇÃO.

#### 5.5.1 - A ESCOLHA:

De posse da AIH o paciente terá direito à escolha do Hospital de sua preferência, dentre os cadastrados pelo SUS e a internação se dará de acordo com a disponibilidade de vaga.

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

#### 5.5.2. - CARÁTER DA INTERNAÇÃO.

O caráter da internação poderá ser: Eletivo ou Urgência/Emergência e Causas Externa.

Eletivo ( 1 ) - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão.

Exceção: A AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.

Nos hospitais de Referência em Urgência e Emergência o caráter de internação é preenchido com 2 dígitos, no intuito de não perder as informações relativas a causas externas:

Urgência/Emergência em Hospital de Referência ( 2.0 ) - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 (quarenta e oito) horas úteis após a internação

Quadro compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa

em Hospital de Referência Urgência/Emergência (2.6)

Quadro compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência (2.7)

Quadro compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência (2.8)

Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência (2.9)

Urgência/Emergência (3)(extinto)

Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade( 4 ) – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado

Urgência/Emergência ( 5 ) - A AIH é solicitada pelo Hospital até 48 (quarenta e oito)

horas úteis após a internação.

Causas Externas

Quando compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa ( **6** )

Quando compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho ( **7** )

Quando compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho ( **8** )

Quando compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho ( **9** )

## **5.6. - HOSPITAL**

No Hospital, o paciente recebe os cuidados médico hospitalares e, após o tratamento, alta ou permanência, os dados e atos são registrados na AIH, assim como os CPF e CNPJ dos profissionais que executaram os atendimentos, devendo ser aposta a assinatura do Diretor Geral ou Diretor Clínico na simulação da AIH(cópia da AIH emitida em disquete).

## **5.7. - PREENCHIMENTO DA AIH**

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

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

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

### **5.7.1 - PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ( ARQUIVO SISAIH01):**

001 - Reservado ao DATASUS

002 - DCIH - DOCUMENTO PARA COBRANÇA DE INTERNAÇÃO HOSITALAR - preencher com 07 dígitos o número do DCIH

003 - QUANTIDADE DE AIH - preencher com 03 dígitos o quantitativo de AIH constantes no DCIH.

004 - APRESENTAÇÃO - preencher com 04 dígitos o mês e ano da apresentação das

AIH constantes do DCIH. (dois dígitos para o mês e dois para o ano).

005 - ESPECIALIDADES - preencher com 02 dígitos a especialidade do DCIH, conforme tabela abaixo:

1 - CIRURGIA GERAL

2 - OBSTETRÍCIA

3 - CLÍNICA MÉDICA

4 - PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS

5 - PSIQUIATRIA

6 - FISIOTERAPIA

7 - PEDIATRIA

8 - REABILITAÇÃO

9 - PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA

006 - CNPJ DO HOSPITAL - preencher com 14 dígitos o CNPJ do hospital.

007 - ÓRGÃO RECEBEDOR - preencher com 07 dígitos o órgão recebedor.

008 - PRONTUÁRIO - preencher com 07 dígitos o número do prontuário.

009 - SEQUENCIAL - preencher com 03 dígitos a numeração seqüencial de 001 a 151.

010 - IDENTIFICAÇÃO - preencher com 01 dígito a identificação da AIH, conforme tabela abaixo:

1 - AIH principal (até 14 lançamentos no campo S.P)

3 - AIH de continuação (AIH com mais de 14 lançamentos no campo S.P)

5 - AIH de longa permanência

011 - ÓRGÃO LOCAL - preencher com 07 dígitos o código do órgão local.

012 - NOME DO PACIENTE - preencher com até 60 dígitos o nome do paciente,

### RESIDÊNCIA HABITUAL

013 - LOGRADOURO - preencher com até 25 dígitos Rua, Av., etc.

014 - NÚMERO - preencher com 05 dígitos o número da residência.

015 - COMPLEMENTAÇÃO - preencher com 15 dígitos, apartamento, casa, etc.

- 016 - MUNICÍPIO - preencher com 20 dígitos o nome do município.
- 017 - UF - preencher com 02 dígitos a Unidade Federada.
- 018 - CEP - preencher com 08 dígitos.
- 019 - DATA DE NASCIMENTO - preencher com 06 dígitos a data do nascimento.
- 020 - SEXO - preencher com 1 para masculino e 3 para feminino.
- 021 - NÚMERO DA AIH - preencher com 10 dígitos o nº da AIH7.
- 022 - ENFERMARIA - preencher com 03 dígitos o número da enfermaria.
- 023 - LEITO - preencher com 04 dígitos o número do leito.
- 024 - NOME DO RESPONSÁVEL - preencher com até 60 dígitos o nome do responsável pelo paciente.
- 025 – CPF do paciente – código 4
- 026 – PIS-PASEP/CARTÃO SUS - preencher com 11 dígitos o número individual do PIS-PASEP/CARTÃO SUS - código 1; Documento de Identidade – código 2; Registro de Nascimento – código 3.
- 027 - NÚMERO DA CAT - em caso de acidente de trabalho preencher com 11 dígitos o número da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT),.
- 028 - CNPJ DO EMPREGADOR - quando houver, preencher com 14 dígitos o CNPJ do empregador.
- 029 - MÉDICO SOLICITANTE - preencher com 11 dígitos o CPF do médico solicitante.
- 030 - PROCEDIMENTO SOLICITADO - preencher com 08 dígitos o código do procedimento solicitado.
- 031 - CARACTER DA INTERNAÇÃO - preencher com 01 dígito ou 2 dígitos, conforme tabela abaixo:
- 1 – ELETIVA
  - 2.0; 2.6; 2.7, 2.8 ; 2.9 – REFERÊNCIA – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
  - 4 – CÂMARA DE COMPENSAÇÃO PARA PROCEDIMENTO HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE
  - 5 - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
  - 6 – CAUSAS EXTERNAS (6, 7, 8, e 9)
- 032 - DATA DA EMISSÃO - preencher com 06 dígitos a data da emissão da AIH.
- 033 - MÉDICO RESPONSÁVEL/ENFERMEIRO OBSTETRA RESPONSÁVEL -

preencher com 11 dígitos o CPF do médico responsável.

### **5.7.2. - CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

034 - PROCEDIMENTO AUTORIZADO - preencher com 08 dígitos o código do procedimento autorizado, podendo ser efetuados até 05 lançamentos.

035 - MÊS INICIAL - UTI - preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI utilizados no mês da internação.

036 - MÊS ANTERIOR - UTI - preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI utilizados no mês anterior à alta.

037 - MÊS ALTA - UTI - preencher com 02 dígitos o número de dias utilizados no mês da alta, óbito ou transferência.

038 - TOTAL - UTI - preencher com 02 dígitos o número total de dias de UTI utilizados.

039 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE - preencher o número de diárias de acompanhante, com 02 dígitos.

040 - DATA DA AUTORIZAÇÃO - preencher com 06 dígitos a data da autorização para utilização do campo procedimentos especiais.

041 - CPF DO AUDITOR - preencher com 11 dígitos o número do CPF do auditor.

### **5.7.3. - CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS**

042 - TIPO - preencher com o tipo de vínculo, conforme tabela abaixo:

1 - OPM

2 - HEMOTERAPIA

3 - SADT PRÓPRIO DO HOSPITAL

4 - PROFISSIONAL COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO

5 - COOPERATIVA DE MÉDICOS

6 - ATENDIMENTO AO RN NA SALA DE PARTO (PESSOA FÍSICA)

7 - PROFISSIONAL AUTÔNOMO

8 - SADT SEM VÍNCULO COM O HOSPITAL

13 – SADT (PRÓPRIO)TRANSPLANTE



- 14 – PROFISSIONAL (SEM VÍNCULO) TRANSPLANTE
- 15 – SADT TRANSPLANTE (TERCEIROS)
- 16 – ATENDIMENTO AO RN NA SALA DE PARTO (PESSOA JURÍDICA)
- 17 – PROFISSIONAL (COM VÍNCULO) TRANSPLANTE
- 18 – DIÁRIA DE UTI ESPECIALIZADA
- 19 – MEDICAMENTOS PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS TRANSPLANTES
- 20 – DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO e UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL
- 21 – ANALGESIA PARA REALIZAÇÃO DE PARTO (PESSOA FÍSICA)
- 22 – ANALGESIA PARA REALIZAÇÃO DE PARTO (PESSOA JURÍDICA)
- 23 – PEDIATRA 1ª CONSULTA (PESSOA FÍSICA)
- 24 – PEDIATRA 1ª CONSULTA (PESSOA JURÍDICA)
- 25 – INCENTIVO AO PARTO - COMPONENTE I
- 26 – NUTRIÇÃO ENTERAL
- 28 – ANESTESIA EM QUEIMADOS (PROFISSIONAL COM VÍNCULO)
- 29 – ANESTESIA EM QUEIMADOS (PROFISSIONAL SEM VÍNCULO)
- 31 – INTERCORRÊNCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO

043 - CNPJ/CPF - preencher com 14 dígitos o CNPJ/CPF do prestador (para o CPF preencher com zeros à esquerda)

044 - ATO PROFISSIONAL - preencher com 08 dígitos o código do procedimento.

045 - TIPO DE ATO - preencher com 02 dígitos o código do ato profissional, conforme tabela abaixo:

- 01 - CIRURGIÃO OU OBSTETRA
- 02 - PRIMEIRO AUXILIAR CIRÚRGICO
- 03 - SEGUNDO AUXILIAR CIRÚRGICO
- 04 - TERCEIRO AUXILIAR CIRÚRGICO
- 05 - DEMAIS AUXILIARES CIRÚRGICOS

- 06 - ANESTESISTA
- 07 - CONSULTA CLÍNICA
- 08 - ANATOMIA PATOLÓGICA
- 09 - ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA
- 10 - CARDIOVERSÃO
- 11 - FISIOTERAPIA
- 12 - HEMOTERAPIA
- 13 - INALOTERAPIA
- 14 - MEDICINA NUCLEAR
- 15 - PATOLOGIA CLÍNICA
- 16 - RADIOLOGIA
- 17 - RADIOTERAPIA
- 18 - TRAÇADOS DIAGNÓSTICOS
- 19 - OPM
- 20 - ATENDIMENTO AO RN NA SALA DE PARTO
- 21 – DIÁRIA DE UTI ESPECIALIZADA
- 22 – TAXA DE SALA DE TRANSPLANTE
- 27 – NEUROCIRURGIA
- 30 – SADT TRANSPLANTE
- 31 – CIRURGIÃO TRANSPLANTE
- 32 – SADT PÓS-TRANSPLANTE
- 33 – MEDICAMENTOS PARA INTERCORRÊNCIAS PÓS TRANSPLANTES
- 34 – DIÁRIA DE ACOMPANHANTE PARA IDOSO E DIÁRIA DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL
- 35 – ANALGESIA PARA REALIZAÇÃO DE PARTO
- 36 – PEDIATRA 1ª CONSULTA
- 37 – INCENTIVO AO PARTO - COMPONENTE I
- 38 – NUTRIÇÃO ENTERAL

- 39 – ANESTESIA PARA PACIENTE QUEIMADO
- 40 – RETIRADA DE ÓRGÃOS INTERESTADUAL
- 41 – INTERCORRÊNCIA PACIENTE QUEIMADO
- 42 – RETIRADA DE ÓRGÃOS INTERMUNICIPAL

046 - QUANTIDADE DE ATOS - preencher com 02 dígitos a quantidade de atos efetuados.

047 - NOTA FISCAL - preencher com 06 dígitos o número da nota fiscal do produto de OPM utilizado.

048 - CPF DO DIRETOR GERAL/CLÍNICO - preencher com 11 dígitos o CPF do Diretor Geral ou Diretor Clínico do hospital.

049 - PROCEDIMENTO REALIZADO - preencher com o código do procedimento solicitado (08 dígitos). Caso tenha havido mudança de procedimento, preencher com o novo código do procedimento solicitado para mudança, lançado na 1<sup>a</sup>. linha do campo Procedimento Especiais.

050 - ESPECIALIDADE - preencher com 01 dígito o código da especialidade dos procedimentos realizados, conforme tabela abaixo:

1 - CIRURGIA

2 - OBSTETRÍCIA

3 - CLÍNICA MÉDICA

4 – PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS

5 - PSIQUIATRIA

6 - FISIOTERAPIA

7 - PEDIATRIA

8 - REABILITAÇÃO

9 - PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA

051 - DATA DA INTERNAÇÃO - preencher com 06 dígitos a data da internação.

052 - DATA DA SAÍDA - preencher com 06 dígitos a data da alta.

053 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - preencher com 05 dígitos o CID principal.

054 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO - preencher com 05 dígitos o CID secundário.

055 - COBRANÇA - preencher com 02 dígitos o código de cobrança conforme tabela abaixo:

1º . DÍGITO

- 1 - ALTA
- 2 - PERMANÊNCIA
- 3 - TRANSFERÊNCIA
- 4 - ÓBITO COM NECRÓPSIA
- 5 - ÓBITO SEM NECRÓPSIA
- 6 – REOPERAÇÃO
- 7 – PACIENTE PUERPÉRIA

2º . DÍGITO

SE ALTA:

- 1.1 - CURADO
- 1.2 - MELHORADO
- 1.3 - INALTERADO
- 1.4 - A PEDIDO
- 1.5 - INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO
- 1.6 - ADMINISTRATIVA
- 1.7 - POR INDISCIPLINA
- 1.8 – EVASÃO
- 1.9 - PARA COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO AMBULATO-RIAL

SE PERMANÊNCIA:

- 2.1 - POR CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS DA DOENÇA
- 2.2 - POR INTERCORRÊNCIA DO PROCEDIMENTO
- 2.3 - POR MOTIVO SOCIAL
- 2.4 - POR DOENÇA CRÔNICA

2.5 - POR IMPOSSIBILIDADE DE VIVÊNCIA SÓCIO-FAMILIAR

2.6 – PARA OUTRA INTERNAÇÃO ( OUTRO DIAGNÓSTICO)

SE TRANSFERÊNCIA:

3.1 - TISIOLOGIA

3.2 - PSIQUIATRIA

3.3 - CLÍNICA MÉDICA

3.4 - CIRURGIA

3.5 - OBSTETRÍCIA

3.6 - BERÇÁRIO

3.7 - PEDIATRIA

3.8 - ISOLAMENTO

3.9 - OUTROS

SE ÓBITO COM NECRÓPSIA

4.1 - Ocorrido dentro das 1as.48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.

4.2 - Ocorrido dentro das 1<sup>as</sup> 48 horas, quando o paciente não for internado em estado pré-agônico ou agônico.

4.3 - Ocorrido a partir de 48 horas após a internação.

4.4 – Óbito da parturiente com permanência do Recém Nascido

SE ÓBITO SEM NECRÓPSIA

5.1 - Ocorrido dentro das 1as.48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.

5.2 - Ocorrido dentro das 1 as 48 horas, quando o paciente não for internado em estado pré-agônico ou agônico.

5.3 - Ocorrido a partir de 48 horas após a internação.

5.4 – Óbito da parturiente com permanência do Recém Nascido

## SE ALTA POR REOPERAÇÃO

- 6.1 – Em politraumatizado com menos de 24 horas da primeira cirurgia
- 6.2 – Em politraumatizado 24 a 48 horas após a primeira cirurgia
- 6.3 – Em politraumatizado 48 a 72 horas após a primeira cirurgia
- 6.4 – Em politraumatizado acima de 72 horas após a primeira cirurgia
- 6.5 – Em cirurgia de emergência com menos de 24 da primeira cirurgia
- 6.6 – Em cirurgia de emergência 24 a 48 horas após a primeira cirurgia.
- 6.7 - Em cirurgia de emergência 48 a 72 horas após a primeira cirurgia.
- 6.8 - Em cirurgia de emergência acima de 72 horas após a primeira cirurgia.
- 6.9 – Em parturiente com permanência do Recém Nascido.

## SE ALTA DA PACIENTE PUÉRPERA

- 7.1 – Alta da paciente com permanência do RN

Os campos 056 a 060 só devem ser preenchidos em caso de parto, conforme especificado abaixo (Uso específico para Recém Nato):

- 056 - NASCIDOS VIVOS - preencher com 01 dígito o número de nascidos vivos.
- 057 - NASCIDOS MORTOS - preencher com 01 dígito o número de nascidos mortos.
- 058 - SAÍDA/ALTA - preencher com 01 dígito o número de altas.
- 059 - SAÍDA/TRANSFERÊNCIA - preencher com 01 dígito o número de transferências.
- 060 - SAÍDA/ÓBITO - preencher com 01 dígito o número de saídas com óbito.
- 061 – RESERVADOAO DATASUS
- 062 – RESERVADOAO DATASUS
- 063 – PRÓXIMA AIH – preencher com o número da AIH Posterior, quando for o caso.
- 064 – AIH ANTERIOR – preencher com o número da AIH Anterior, quando for o caso.
- 065 - VERSÃO AIH - preencher com 01 dígito o número da versão do programa.
- 066- CNPJ PRESTADOR - preencher com 14 dígitos o CNPJ do prestador do serviço.
- 067- NACIONALIDADE
- 068- RESERVADOAO DATASUS.

#### **5.7.4. - CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (MÉDICO AUDITOR)**

É o campo da AIH utilizado para:

A - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

B - POLITRAUMATIZADO

C - CIRURGIA MÚLTIPLA

D - TRATAMENTO DA AIDS

E - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, COMPONENTES E DIÁRIAS ESPECIAIS (ANEXO II) DA TABELA DO SIH-SUS, EXCETO A HEMOTERAPIA E ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO

F – CIRURGIA MULTIPLA DE LESÕES LÁBIO-PALATAIS

G – BUSCA ATIVA DE TRANPLANTE DE ÓRGÃOS

H – PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

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

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

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

O quarto segmento é o dígito verificador.

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

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

##### **5.7.4.1 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

Não é permitido mudança de procedimento solicitado, sob pena de rejeição da AIH, quando a mudança for de procedimento previamente autorizado, para: Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Psiquiatria, AIDS, e Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Lábio Palatais, Busca Ativa de Doador de Órgãos, Diagnóstico e/ou 1º Atendimento e Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia.

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

O procedimento poderá ser alterado, nas seguintes situações:

Clínica médica para clínica médica

Clínica médica para cirurgia

Cirurgia para clínica médica

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

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

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

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

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

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

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



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

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

#### **5.7.4.2 - POLITRAUMATIZADOS**

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

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

Serão admitidos lançamentos de até 05 procedimentos realizados.

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

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

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

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

1ª linha - redução cirúrgica de fratura de úmero D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXEMPLO:

1º- Traumatismo Cranioencefálico;

2º- Tomografia computadorizada de crânio e coluna.

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

31 - cirurgia urológica

32 - cirurgia cardiovascular e linfática

33 - cirurgia gastroenterológica e órgãos anexos

34 - cirurgia ginecológica

35 - cirurgia obstétrica

36 - cirurgia oftalmológica

37 - cirurgia otorrinolaringológica

38 - cirurgia plástica

39 - cirurgia ortopédica e traumatológica

40 - neurocirurgia

41 - cirurgia endocrinológica

42 - cirurgia do tórax

44 - cirurgia odontológica

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

EXEMPLO: Procedimentos dos Grupos:

45.100.01.2	Endoscopias: Biópsias, Excisão, C. Estranho ou Diagnóstica
45.100.02.0	Punções, Biópsias, Esvaziamentos
45.100.03.9	Tratamento Conservador de Fratura
45.100.04.7	Procedimentos Diversos

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

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

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

1ª linha - Colostomia (código);

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

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

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

1ª linha - Colostomia (código);

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

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

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

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

1º procedimento 100%

2º procedimento 100%

3º procedimento 75%

4º procedimento 75%

5º procedimento 50%

Observação:

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

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

No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento dentro de uma mesma especialidade, - Grupo da Tabela de Honorários Médicos - será solicitado somente o procedimento mais caro, não caracterizando cobrança de POLITRAUMATIZADO:

EXEMPLO: Paciente com rotura de baço e lesão de cólon, em que foram realizados 2 procedimentos: esplenectomia e colostomia. Solicitar a AIH com o código do procedimento de maior valor que, neste caso específico, é a colostomia, lançando a esplenectomia no campo serviços profissionais.

#### **5.7.4.3 - CIRURGIA MÚLTIPLA**

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

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

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

Serão admitidos até 05 procedimentos realizados na mesma AIH.

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

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

EXEMPLO: Ooforectomia uni ou bilateral - 34.001.05.0

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

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

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

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

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

1º procedimento 100%

2º procedimento 75%

3º procedimento 75%

4º procedimento 60%

5º procedimento 50%

Observação:

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

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

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

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

**Cirurgia Simultânea** é aquela em que são realizados dois ou mais procedimentos, por equipes distintas, no mesmo ato anestésico, não sendo classificada como cirurgia múltipla.

#### 5.7.4.4 - TRATAMENTO DE AIDS

Este procedimento somente será autorizado para hospitais previamente acreditados.

Na internação de pacientes com AIDS, deverão ser lançados na AIH como procedimento solicitado e realizado o código 70.000.00.0.

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

Códigos	Grupos de Procedimentos
70.100.01.2	Afecções do Sistema Nervoso – AIDS
70.100.02.0	Afecções do Sistema Respiratório – AIDS
70.100.03.9	Afecções Disseminadas – AIDS
70.100.04.7	Afecções do Aparelho Digestivo – AIDS

Os componentes serviços hospitalares serão remunerados em percentual decrescente de valores, conforme tabela abaixo:

1º procedimento 100%

2º procedimento 100%

3º procedimento 75%

4º procedimento 75%

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

A cobrança da AIH deverá ser apresentada nas especialidades Clínica Médica ou Pediatria.

#### **5.7.4.5 - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, COMPONENTES ESPECIAIS E DIÁRIAS.**

##### **5.7.4.5.1 -DIÁRIAS DE UTI/ CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL:**

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

###### **UTI TIPO I**

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

As diárias de UTI apresentam 2 valores: um para os 03 primeiros dias e outro para os dias subsequentes.

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

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

#### UTI TIPOS II E III - ESPECIALIZADAS

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

CAMPO TIPO: preencher com 18 – Diária de UTI Especializada

CAMPO CNPJ/CPF : preencher com o CNPJ da Unidade.

CAMPO TIPO DE ATO: preencher com 21 – Diária de UTI Especializada

CAMPO ATO PROFISSIONAL - preencher com os códigos de UTI Especializada constantes da Tabela SIH/SUS.

CAMPO QUANTIDADE DE ATO: preencher com a número de diárias utilizadas no mês inicial, mês anterior e mês da alta, conforme o caso.

Obs.: Em caso de UTI Neo-Natal:

CAMPO DATA DO ATO: preencher com 6 (seis) dígitos:

1º Dígito à esquerda –

SE alta da UTI = 1

SE óbito na UTI = 2

SE transferência para outra UTI = 3

Os quadro dígitos seguintes:

PESO AO NASCER

Sexto dígito:

Número de meses da gestação.

Exemplo com alta da UTI, com peso de 2.850 gramas e nove meses de gestação.

1	2850	9
---	------	---

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

Não será permitida a cobrança de diárias de UTI em Pequeno Queimado – Hospital Geral, Médio Queimado-Hospital Geral, Grande Queimado - Hospital Geral, Atendimento Inicial de Grande Queimado, Epilepsia I e II, Transplante e Retransplante de Rim, Fígado, Coração e Pulmão e também no Transplante de Medula Óssea, Psiquiatria, Psiquiatria Hospital-Dia, Pacientes sob Cuidados Prolongados, Retransplantes, Tratamento Ortodôntico em Lesões Lábio-Palatais, Implante Ósteointegrado Extra Oral e Cirurgia do Ouvido IV.

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

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

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

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

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

O limite máximo para cobrança de UTI é de 59 diárias.

#### UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

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

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

Com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica



Necessite de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação perenteral em transição.

Fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão

Necessite realizar exsanguineotransfusão

Com peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas.

Submetido a cirurgia de médio porte, estável.

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

Campo Tipo: preencher com 20 (diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

Campo Ato profissional: preencher com os códigos do procedimentos (mês inicial/mês anterior ou mês da alta)

Campo tipo de ato: preencher com 34 (diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

Campo data do ato: preencher com 6 dígitos:

1º dígito a esquerda: 4 – se alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

5 – se óbito na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

6 – se transferência para UTI

Com 4 dígitos: peso ao nascer

Com 1 dígito: meses de gestação

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

A AIH será rejeitada se o número de diárias nos campos quantidade de ato ultrapassar 100% da taxa de ocupação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

#### **5.7.4.5.11 – QUIMIOTERAPIA /RADIOTERAPIA**

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

Durante a internação do paciente para tratamento oncológico, será mantido o

pagamento da quimioterapia por meio de APAC à exceção do grupo 79.100.16.3 – Tratamento Quimioterápico de Tumores Malignos onde os valores da quimioterapia estão incluídos nos serviços hospitalares.

Os procedimentos 85.300.82.9 e 85.500.83.6 poderão ser utilizados por hospitais credenciados ou não para alta complexidade.

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

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

#### **5.7.4.5.12 - EXOSANGÜINEOTRANSFUSÃO:**

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

Os códigos são:

Para 01 ato 99.060.01.9

Para 02 atos 99.060.02.7

Para 03 atos 99.060.03.5

Para 04 atos 99.060.04.3

Para 05 atos 99.060.05.1

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

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

#### **5.7.4.5.13 - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO:**

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

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

É obrigatório lançar na AIH o diagnóstico secundário (icterícia fisiológica,

potencialmente infectado ou filho de mãe diabética).

Códigos (CID) que devem ser usados:

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

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

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

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

#### **5.7.4.5.14 – CIRURGIA MÚLTIPLA EM PACIENTES COM LESÕES LÁBIO-PALATAIS.**

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

33.101.05.1 - Cirurgia da boca e face V

33.101.06.0 – Cirurgia da Boca e Face VI

33.101.07.8 – Cirurgia da Boca e face VII

37.101.04.8 – Cirurgia do Ouvido IV

37.102.04.4 – Cirurgia do Nariz IV

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

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

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

1º Procedimento – 100%

2º Procedimento – 75%

3º Procedimento – 75%

4º Procedimento – 60%

5º Procedimento – 50%

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

#### **5.7.4.5.2 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:**

A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

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

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

A diária de acompanhante prevê acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

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

#### **5.7.4.5.3 - DIÁLISE PERITONEAL E HEMODIÁLISE:**

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

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

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

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

A cobrança deverá ser efetuada no campo Procedimentos Especiais, necessitando haver autorização do Diretor Clínico ou do Órgão Gestor, a critério deste,

#### **5.7.4.5.4 - TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS:**

O exame Tomografia Computadorizada de Crânio e Coluna poderá ser cobrado utilizando-se os códigos da Tabela SIH-SUS: 97.013.01.3 (um procedimento) ou 97.013.02.1 (dois procedimentos). Não é permitida a cobrança dos dois códigos na mesma AIH. As Tomografias de Crânio e Coluna em serviços credenciados em Neurocirurgia são limitados em 03 por AIH. Os demais exames tomográficos deverão ser cobrados uma única vez.

A cobrança deverá ser efetuada da seguinte forma:

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

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

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

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

#### **5.7.4.5.5 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

O exame Ressonância Magnética de Crânio realizado em Serviço credenciado em Alta Complexidade de Neurocirurgia, poderá ser cobrado utilizando-se o código da Tabela SIH-SUS: 97.220.00.0, com limite de 03 por AIH.

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

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

#### **5.7.4.5.6 - FATORES DE COAGULAÇÃO:**

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

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

EXEMPLO: Diagnóstico principal - fratura de rádio.

Diagnóstico secundário - Deficiência fator VIII.

#### **5.7.4.5.7 - NUTRIÇÃO PARENTERAL:**

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

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

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

A renovação deverá ser solicitada a cada três dias.

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

#### **5.7.4.5.7.1-NUTRIÇÃO ENTERAL**

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

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

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

Ato – preencher com 98.300.01.6 ou 98.500.01.5 , conforme o caso)

Tipo – preencher com 26 (pessoa jurídica)

Tipo de ato – preencher com 38

Quantidade de ato – preencher com a quantidade utilizada, sendo o limite de 31 diárias.

#### **5.7.4.5.8 - CICLOSPORINA:**

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

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

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

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

#### **5.7.4.5.9 - ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA E NEURORADIOLOGIA:**

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

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

Esses exames são pagos diretamente ao hospital, quando lançados no Campo Procedimentos Especiais, não cabendo cobrança no Campo Serviços Profissionais.

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

#### **5.7.4.5.10 - PERMANÊNCIA A MAIOR:**

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

$$* PM = Di - (Pm \times 2) - DiUTI$$

\* PM = Permanência à maior

Di = Dias de internação

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

DiUTI = Diárias de UTI

Não será permitida a cobrança de Permanência a Maior quando o paciente estiver na UTI, Internação em Psiquiatria, Cuidados Prolongados, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento, Biópsias, Punções, Tratamentos em Hospital Dia, Intercorrências Pós Transplante, Coronarioplastia, Tratamento em Reabilitação, Internação para Tratamentos Radioterápico e/ou Quimioterápico, Epilepsia I e II, Transplante de Medula Óssea, Transplante e Retransplante de Pulmão, Coração e Fígado, Busca Ativa de Doador de Órgão, Hospital-Dia, Hospital-Dia Geriátrico e Internação Domiciliar.

Nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS, Neurocirurgia Sequencial e Cirurgia Múltipla em Lesões Lábio Palatais, para fins de cálculo de permanência usa-se, como parâmetro, a permanência do procedimento de maior tempo, lançado no campo Procedimentos Especiais.

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

A cobrança de SADT e Serviços Profissionais deve ser lançada normalmente na AIH.

O Diretor Geral,

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

### **5.7.5. - CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS**

Neste campo são lançadas as cobranças de:

- A - Consultas e Atos Médicos
- B - Atendimento ao RN em sala da parto
- C - Hemoterapia,
- D - Fisioterapia,
- E - Radiologia,
- F - Endoscopia ,
- G - Punções, Tratamento Conservador em fraturas.
- H - Anestesia
- I - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
- J - Outros SADT.
- L – Procedimentos Especiais de Alta Complexidade

#### **5.7.5.1 - CONSULTA MÉDICA**



No atendimento clínico deverá ser cobrado o código de consulta médica, 25.001.01.9 . Deve-se cobrar um ato para cada dia de internação. Nos casos em que o paciente necessite de avaliação por outro especialista, deve-se cobrar um ato 25.001.01.9, para cada parecer emitido. Excetuam-se os Procedimentos dos grupos: Internação em Psiquiatria (III ou IV, Hospital Dia e Hospital Geral), Afecções respiratórias da criança com idade inferior a 1 ano, Enteroinfecções abaixo de 1 ano, Cardiologista e Perfusionista, Internação Domiciliar, Hospital Dia AIDS, Hospital Dia Geriátrico I, Hospital Dia Geriátrico II, Hospital Dia Fibrose Cística. Nesses casos, deverá ser lançado o código do procedimento para a cobrança dos atos médicos realizados. No caso de Procedimentos Cirúrgicos deve ser lançado o código do procedimento realizado.

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

### **5.7.5.2 - ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO**

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

Para efetuar a cobrança deste procedimento o hospital/maternidade deverá ter pediatra/neonatologista cobrindo integralmente às 24 horas do dia, com a devida escala de plantão e se adequar à Portaria MS/SAS Nº 096, de 14/06/94, dispondo de:

mesa de reanimação, com fonte de calor radiante;

fonte de oxigênio puro;

máscara facial e bolsa para ressuscitação;

aspirador de secreções;

medicação apropriada para os casos de insuficiência cardiorespiratória neonatal;

A cobrança deverá ser efetuada da seguinte forma:

Campo "Tipo" preencher com o código 06 para CPF e 16 para CNPJ.

Campo "CNPJ/CPF" preencher com o CNPJ ou CPF do prestador.

Campo "Ato Profissional" preencher com o código 95.001.01.8.

Campo "Tipo de Ato" preencher com o código 20 (Assistência ao RN)

Campo "Quantidade de Ato" preencher com 01, quando o parto for único e 02 quando o parto for gemelar.

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

procedimentos abaixo, conforme PT GM/MS Nº 572, de 01/06/2000, publicada no DOU Nº 110, de 08/06/2000:

35.001.01.1

Parto Normal

35.006.01.3

Parto com Manobras

35.007.01.0

Parto com Eclâmpsia

35.086.01.7

Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal

35.025.01.8

Parto Normal em Hospital Amigo da Criança

35.027.01.0

Parto Normal para Gestante de Alto Risco

35.009.01.2

Cesariana

35.082.01.0

Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores

35.084.01.4

Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, em Hospitais Amigos da Criança

35.028.01.7

Cesariana para Gestante de Alto Risco

35.026.01.4

Cesariana – Exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança

### **5.7.5.3 - HEMOTERAPIA**

De acordo com a PT/MS/GM 1376/93 o sangue só deve ser liberado para transfusão

em pacientes, mediante solicitação por escrito ou prescrição do médico requisitante, com aposição da assinatura, nome legível e número do CRM local.

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

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

Campo "Tipo": 2 (Hemoterapia)

Campo "CPF/CNPJ": CPF ou CNPJ do Prestador

Campo "Ato Profissional" Código do módulo transfusional e pré-transfusional

Campo "Tipo de Ato": 12 (Hemoterapia)

Campo "Quantidade de Ato": quantidade de módulos pré-transfusional e transfusional efetuados.

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

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

#### **5.7.5.4 - FISIOTERAPIA**

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

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

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

#### **5.7.5.5 -RADIOLOGIA/ULTRA SONOGRAFIA**

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

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

O Tipo de Ato a ser lançado no campo Serviços Profissionais é 16.

#### **5.7.5.6 - ENDOSCOPIAS**

Para endoscopia digestiva, somente será permitido o cadastramento de profissionais

possuidores de título de Especialista concedido pela SBED - Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.

O ato profissional será codificado como cirurgia (1).

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

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

#### **5.7.5.7 - PUNÇÕES-TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS - PROCEDIMENTOS DIVERSOS.**

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

Os pontos do profissional entram no rateio do corpo clínico.

#### **5.7.5.8 – ANESTESIA.**

Os atos anestésicos serão pagos de acordo com o “porte” da anestesia, não entrando no rateio de pontos dos serviços profissionais

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.

A anestesia local está incluída nos honorários do cirurgião.

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

Nos procedimentos de Queimados em Centros Intermediários e de Referência será lançado o código 99.600.07.2 – Anestesia para procedimentos em Queimados. Nos procedimentos de Parto Normal, Parto com Manobras, Parto com Eclâmpsia, Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal, Parto Normal em Hospital Amigo da Criança , Parto Normal para Gestante de Alto Risco, Cesariana e Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, o pagamento do anestesista será desvinculado mediante o lançamento do código – 95.003.01.0- Analgesia para realização de parto.

O lançamento do código 95.003.01.0 será efetuado no campo serviços profissionais da seguinte forma:

Ato – preencher com 95.003.01.3

Tipo – preencher com 21(pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)

Tipo de ato – preencher com 35

Quantidade de ato – preencher com 01

#### **5.7.5.9 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - O.P.M.**

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

Campo "Tipo" preencher com 1 (OPM).

Campo "CNPJ e CPF" preencher com o CNPJ do hospital.

Campo "Ato Profissional" preencher com o código do produto utilizado.

Campo "Tipo do Ato" preencher com o código 19 (OPM).

Campo "Quantidade de Ato" preencher com a quantidade de produtos utilizados.

Campo "Nota Fiscal" preencher com os 06 últimos algarismos da nota fiscal ou do Documento de Importação - D.I.

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

Deverá ser observado o limite das quantidades estabelecidas para cada produto constante da tabela de OPM. A cobrança de produto cuja quantidade é expressa em cm<sup>2</sup>, deverá ser efetuada em até 99 cm<sup>2</sup> e repetida quantas vezes forem necessárias até completar o montante utilizado.

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

Os hospitais deverão observar as condições em que poderão utilizar os produtos constantes da ROPM classificadas como:

Uso do produto restrito aos serviços autorizados: (1)

Uso do Produto sob condições especiais: (2)

Produto não sujeito a crítica de compatibilidade: (3)

#### **5.7.6. - INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

##### **5.7.6 .1 - PSIQUIATRIA**

### **5.7.6.1.1 - TRATAMENTO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

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

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

Cada AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias

A autorização para emissão de AIH-5 (seqüencial de longa permanência) deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminhará cópia ao Órgão Gestor, que autorizará ou não a continuação da internação.

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

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

Não será permitida a emissão de AIH-7, para continuidade de tratamento.

Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida a solicitação de nova AIH na especialidade correspondente, sendo vedada a emissão de AIH simultânea.

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

No valor estipulado para diária do paciente internado para tratamento em psiquiatria (longa permanência) está previsto o atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo cobranças adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais, exceto SADT, ou mudança de procedimento.

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

No valor estipulado para atendimento psiquiátrico está previsto atendimento de intercorrência, não cabendo, portanto, mudanças de procedimentos.

No valor estipulado para atendimento psiquiátrico estão previstos os atendimentos clínicos, não cabendo cobrança de consulta médica (25.001.01.9).

Na AIH de psiquiatria deverá ser preenchida a primeira linha do campo Serviços Profissionais com o número de diárias correspondentes ao código do Procedimento Psiquiátrico realizado.

#### **5.7.6.1.2. - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL - DIA**

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

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

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

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

#### **5.7.6.1.3. - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL**

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

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

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

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

#### **5.7.6.2. - QUEIMADOS**

Especialidade 1 – Cirurgia

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

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

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

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

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

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

- queimadura de períneo

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

38.114.05.4 – Pequeno Queimado

38.048.14.0 – Pequeno Queimado

Poderá ser realizado por Hospitais Gerais, Centros de Referência em Assistência à Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados.

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

38.114.06.2 – Médio Queimado – Hospital Geral

38.049.14.7 – Médio Queimado – Hospital Geral

38.114.07.0 – Grande Queimado – Hospital Geral

38.050.14.5 – Grande Queimado – Hospital Geral

38.114.08.9 – Atendimento Inicial de Grande Queimado – Hospital Geral

38.051.14.1 – Atendimento Inicial de Grande Queimado – Hospital Geral

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

38.114.09.7– Médio Queimado – Alta Complexidade

38.052.14.8– Médio Queimado– Alta Complexidade

38.114.10.0 – Grande Queimado – Alta Complexidade

38.053.14.4 – Grande Queimado – Alta Complexidade



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

38.114.11.9– Médio Queimado – Centro Intermediário

38.054.14.0– Médio Queimado - Centro Intermediário

38.114.12.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário

38.055.14.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário

O procedimento abaixo relacionado poderá ser cobrado exclusivamente por Centros de Referência em Assistência à Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados.

38.114.13.5 – Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados

38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados

O limite de cobrança mensal deste procedimento é de 01 por AIH.

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

O procedimento especial, abaixo discriminados, que poderá ser lançado no Campo Serviços Profissionais da AIH, em Centros de Referência em Assistência à Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência à Queimados:

99.600.07.2 – Anestesia para Procedimentos em Queimados

Limite de Utilização: 05

Forma de Preenchimento:

CNPJ / CPF

Tipo: 28 (CNPJ do Hospital) , 29 (CPF do Profissional)

Tipo de Ato: 39

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

Os procedimentos especiais, abaixo discriminados, que poderão ser lançados no Campo Serviços Profissionais da AIH, em Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a

Queimados:

96.008.01.6 – Diária de UTI de Queimados/mês inicial

96.008.02.4 - Diária de UTI de Queimados/mês anterior

96.008.03.2 - Diária de UTI de Queimados/mês da alta

Limite de Utilização: 59

Forma de Preenchimento:

CNPJ do Hospital:

Tipo: 18

Tipo de Ato: 21

93.600.03.8 – Placa Termomoldável – Membro Superior

Limite de Utilização: 01

Forma de Preenchimento:

CNPJ

Tipo: 1

Tipo de Ato: 19

93.600.04.6 – Placa Termomoldável – Membro Inferior

Limite de Utilização: 01

Forma de Preenchimento:

CNPJ

Tipo: 1

Tipo de Ato: 19

93.600.05.4 – Placa Termomoldável – Cervical

Limite de Utilização: 01

Forma de Preenchimento:

Tipo: 1

Tipo de Ato: 19

99.600.15.3 – Intercorrência do Paciente Médio e Grande Queimado

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

38.114.09.7– Médio Queimado – Alta Complexidade

38.052.14.8– Médio Queimado– Alta Complexidade

38.114.10.0 – Grande Queimado – Alta Complexidade

38.053.14.4 – Grande Queimado – Alta Complexidade

38.114.11.9– Médio Queimado – Centro Intermediário

38.054.14.0– Médio Queimado - Centro Intermediário

38.114.12.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário

38.055.14.7 – Grande Queimado - Centro Intermediário

Limite de Utilização: 15

Forma de Preenchimento:

CNPJ

Tipo: 31

Tipo de Ato: 41

A albumina humana e nutrição parenteral deverão ser cobradas no campo procedimentos especiais da AIH e a nutrição enteral no campo serviços profissionais,

em Hospitais Gerais, Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência à Queimados, de acordo das normas específicas e nos limites e codificações constantes da Tabela de procedimentos Especiais do SIH-SUS.

### **5.7.6.3 - TRATAMENTO DA AIDS**

#### **5.7.6.3.1 - TRATAMENTO DE AIDS/HOSPITAL DIA**

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

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

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

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

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

#### **5.7.6.4 – PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS**

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

A sistemática adotada é a seguinte:

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

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

A abertura da AIH –5 será sempre no primeiro dia do mês, devendo ser emitidas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente.

Cada AIH-5 permite a cobrança de até 31 diárias.

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

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

Não será permitida a emissão de AIH-7, para continuidade de tratamento.

Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida a solicitação de nova AIH na especialidade correspondente, sendo vedada a emissão de AIH simultânea.

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

No valor estipulado para diária do paciente internado por procedimento de longa permanência está previsto o atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo cobranças adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais, exceto SADT, ou mudança de procedimento.

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

Características do Paciente sob Cuidados Prolongados:

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

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

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

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

OBS.:

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

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

#### **5.7.6.5 - TRATAMENTO DA TUBERCULOSE**

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

74.300.03.2	Tuberculose Pulmonar
74.300.04.0	Meningite Tuberculosa
74.300.05.9	Tuberculose em outras localizações
74.300.03.1	Tuberculose Pulmonar
74.500.04.0	Meningite Tuberculosa
74.500.05.8	Tuberculose em outras localizações
74.300.46.6	Tuberculose Lesões Extensas
74.500.46.5	Tuberculose Lesões Extensas

Tratamento da Tuberculose com lesões extensas

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

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

O código da especialidade é 6 - Tisiologia.

### **5.7.6.6– TRATAMENTO DA HANSENÍASE – LESÕES EXTENSAS**

Tratamento da Hanseníase

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

74.500.43.0	Hanseníase – Clínica Médica
74.300.43.1	Hanseníase – Pediatria
4.300.47.4	Hanseníase – Lesões Extensas
74.500.47.3	Hanseníase – Lesões Extensas

Tratamento da Hanseníase – Lesões Extensas

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

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

O código da especialidade é 3 – Clínica Médica.

#### **5.7.6.7 - TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO**

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

Os Procedimentos em Tratamento em Reabilitação são:

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

O pagamento máximo é de 45 diárias por AIH.

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

#### **5.7.6.8. - PEDIATRIA**

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

#### **5.7.6.9 - DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO**

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

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:

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

obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente.

2. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência;
3. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela;
4. Internação para investigação diagnóstica,
5. Em casos passíveis de tratamento ambulatorial, identificados pela Auditoria.

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

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

#### **5.7.6.10 - NEUROCIRURGIA - TRATAMENTO CONSERVADOR**

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

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

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

#### **5.7.6.11 - OBSTETRÍCIA**

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

Parto seguido de histerectomia dentro das primeiras 24 horas do pós-parto, deverá ser solicitada nova AIH. Se a histerectomia ocorrer durante o mesmo ato anestésico deverá ser feita Mudança de Procedimento, com preenchimento do Laudo Médico de solicitação de Procedimentos Especiais. No Quadro Serviços Profissionais lançar os dois atos.

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

Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstertra.

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

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



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

Atendimento à Gestante de Alto Risco

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

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

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

#### **5.7.6.12 - EMISSÃO DE NOVA AIH.**

- Em cirurgia - desde que uma 2ª cirurgia não ocorra no mesmo ato anestésico, inclusive reoperação.
- 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, após esgotado o tempo de permanência estabelecido na tabela.
- De cirurgia para clínica médica - nos casos em que, esgotado o tempo de permanência do procedimento, o paciente apresentar quadro clínico não decorrente ou conseqüente ao ato cirúrgico.
- De clínica médica para cirurgia - em casos clínicos em que haja uma intercorrência cirúrgica, desde que não tenha relação com a patologia clínica ,após ultrapassada a metade da média de permanência. Nesses casos fechar a AIH clínica.
- Paciente sob Cuidados Prolongados ou Psiquiatria que necessita cirurgia
- Quando no campo procedimentos especiais houver mais de 5 procedimentos ou atos. Nestes casos abre-se nova AIH, com datas de internação e alta iguais a primeira.
- Paciente clínico que necessite ser reinternado pela mesma patologia, 03 dias

após a alta. .

- Paciente em Psiquiatria, Sob Cuidados Prolongados, Reabilitação, Internações Domiciliares e AIDS, de acordo com as normas de cada especialidade.

### **5.7.6.13 – INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

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

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

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

Condições prioritárias para a Internação Domiciliar:

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

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

Pacientes acometidos por trauma com fratura, ou afecção ósteoarticular, em recuperação.

Pacientes portadores de neoplasias malignas.

Cobrança de Internação Domiciliar:

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

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

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

Não será permitida a cobrança de Permanência a Maior.

Quando houver necessidade de internação por período superior a 30 dias deverá ser

preenchido o Campo Motivo de Cobrança com 2.2 (Permanência por Intercorrência) e emitida nova AIH, constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH posterior.

Somente os hospitais previamente autorizados poderão realizar a internação domiciliar.

#### **5.7.6.14 - HOSPITAL DIA**

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

Requisitos:

I – Condições Gerais da Unidade:

- 1 - Recepção com Sala de Espera;
- 2 - Vestiário Masculino e Feminino;
- 3 - Sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- 4 - Oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade;
- 5 - Equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes;
- 6 - Garantir vaga na própria Unidade de Saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras Unidades Hospitalares mais complexas ou Unidade de Tratamento Intensivo, quando não possuir;
- 7 - Garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações;
- 8 - Obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94.

II – Condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia:

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

medicamentos necessários em emergências, etc.

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

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

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

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

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

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

5 - Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por:

- 01 médico;
- 01 enfermeiro;
- 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades.

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

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

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

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

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica);

- visitas domiciliares;

- atendimento à família;

- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social.

5 – Recursos Humanos:

5.1 - A equipe mínima, deve ser composta por:

- 01 médico;

- 01 enfermeiro;

- 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades.

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

1 - Possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação;

2 - Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados;

3 - Recursos Humanos:

- 01 Geriatra;

- 02 enfermeiros;

- 07 auxiliares de enfermagem;

- 01 assistente social

- outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica;
- A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo;
- A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado.

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

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

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

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

4 - Desenvolver as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;

5 - Recursos Humanos:

- Pediatra;
- Pneumologista;
- Gastroenterologista;
- Cardiologista;
- Otorrinolaringologista;
- Fisioterapeuta;
- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Assistente social;

- Outros profissionais necessários à realização das atividades.

VII - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos:

1- Estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral:

- Radiologia;
- Laboratórios;
- Serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica;
- Transporte;
- Farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado).

2- Instalações Físicas:

O serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações:

- Consultórios para atendimento;
- Sala de procedimentos;
- Quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos;
- Posto de enfermagem;
- Sala com poltronas para administração de medicações.

3- Recursos Humanos:

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

#### 4 – Procedimentos Diagnósticos:

A Unidade de Saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos:

- Biópsias de medula óssea;
- Biópsia de pele;
- Biópsia hepática;
- Inserção de cateter venoso em veia central;
- Coleta de sangue e fluídos.

Critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia:

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

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

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

Critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

- 1-Lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;
- 2-Sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta;
- 3-Ausência de náuseas e vômitos;
- 4-Capacidade de ingerir líquidos;
- 5-Ausência de sangramento;



6-Micção espontânea.

7 - Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;

8 - Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia:

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

1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas;

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

3 - As diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias;

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

5 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental.

II – Atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS:

1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas.

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

3 - As diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos;

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

5 - Não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia – AIDS.

III – Atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria:

1 - Somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas;

2 - A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 – Eletivo – Atendimento em regime de Hospital Dia;

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

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

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

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

1 - Autogênico:

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

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

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

2 - Alogênico aparentado:

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

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

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

3 – Alogênico não aparentado:

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

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

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

#### **5.7.6.16 – INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM PACIENTE ONCOLÓGICO**

Os procedimentos Intercorrências clínicas em Paciente Oncológico podem ser

cobrados por hospitais participantes ou não do Sistema de Alta Complexidade em Oncologia.

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

## **6 - ALTA COMPLEXIDADE**

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

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

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

### **6.1. - TRANSPLANTES E RETRANSPLANTES**

Código	Procedimento
46.813.01.2	Transplante de Medula Óssea - Autogênico
46.814.01.9	Transplante de Medula Óssea - Alogênico
46.816.01.1	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Autogênico- Células Periféricas
46.817.01.8	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Células Periféricas
46.818.01.4	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
46.819.01.0	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Células Periféricas
46.820.01.9	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
31.802.01.1	Transplante Renal Receptor - Doador Vivo

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

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

Nos procedimentos dos grupos de transplante, no campo "Tipo de Vínculo" dos serviços profissionais, somente será permitida a cobrança de profissionais tipo 4 e SADT tipo 3 (próprios do hospital), exceto Transplante Renal que cabe cobrança de Profissionais Tipo 7 e SADT 8, quando o hospital não for Universitário.

O procedimento 31.803.01.6 e 31.803.02.4 (transplante renal, equipe nefrológica -

doador vivo e transplante renal doador cadáver, respectivamente) não geram AIH, devendo ser lançado para cobrança, no Campo Serviços Profissionais na AIH de Transplante Renal Receptor, equipe cirúrgica 31.802.01.0 e 31.805.01.9.

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

## 6.2. - ALTA COMPLEXIDADE EM CÂNCER

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

85.100.04.8	Internação para Tratamento Radioterápico
79.100.16.3	Tratamento Quimioterápico de Tumores Malignos
79.100.17.1	Tratamento Quimioterápico de Administração Contínua ( Infusão Venosa) – I
79.100.18.0	Tratamento Quimioterápico de Administração Contínua ( Infusão Venosa) – II
79.100.19.8	Tratamento Quimioterápico de Leucemias
46.100.04.0	Cirurgia Oncológica I
46.100.07.5	Cirurgia Oncológica II
46.100.10.5	Cirurgia Oncológica III
46.100.13.0	Cirurgia Oncológica IV
46.100.16.4	Cirurgia Oncológica V
46.100.19.9	Cirurgia Oncológica VI
46.100.22.9	Cirurgia Oncológica VII
46.100.25.3	Cirurgia Oncológica VIII
46.100.28.8	Cirurgia Oncológica IX
46.100.31.8	Cirurgia Oncológica X
46.100.34.2	Cirurgia Oncológica XI
46.100.35.0	Cirurgia Oncológica XII
46.100.37.7	Cirurgia Oncológica XIII

6.100.40.4	Cirurgia Oncológica XIV
46.100.43.1	Cirurgia Oncológica XV
46.100.46.6	Radioterapia Cirúrgica I
46.100.47.4	Radioterapia Cirúrgica II
79.100.16.3	Quimioterapia de Tumores Malignos
79.100.17.1	Internação para Quimioterapia de administração Contínua (Infusão Venosa)I
79.100.18.0	Internação para Quimioterapia de administração Contínua (Infusão Venosa)II
79.100.19.8	Internação para Quimioterapia de Leucemias
85.100.15.3	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireoide I
85.100.16.1	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireoide II
85.100.17.0	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireoide III

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

### **6.3. - ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOLOGIA**

Os grupos de procedimentos constantes da Tabela do SIH-SUS que somente poderão ser cobrados por Hospitais Credenciados em Alta Complexidade em Cardiologia são os seguintes:

32.101.08.2	Cirurgia Cardiopatia Congênita Sem Uso de Extracorporea
32.101.09.0	Cirurgia Cardiopatia Congênita Com Uso de Extracorporea
32.101.02.7	Marcapasso - Troca de Gerador
32.101.03.5	Marcapasso Instalação

32.101.04.0	Cirurgia do Coração e Pericárdio IV
32.101.05.8	Cirurgia do Coração e Pericárdio V
32.101.06.6	Valvoplastia e Angioplastia Cardíaca
32.101.07.4	Estudo Eletrofisiológico
32.101.10.4	Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico/Terapêutico
32.101.11.2	Implante Cardioversor Desfibrilador
32.101.12.0	Cardioversor Desfibrilador – Troca de Gerador

O credenciamento para alta complexidade em cardiologia obedece os seguintes níveis:

Nível I - Implante de Marcapasso Definitivo;

Nível II - Cirurgia Cardíaca/Implante de Marcapasso Definitivo;

Nível III - Laboratório de Eletrofisiologia e Terapêutica Intervencionista por Catéter das Arritmias/Cirurgia Cardíaca e Implante de Marcapasso Definitivo.

#### **6.4. - ALTA COMPLEXIDADE EM TRATAMENTO DE EPILEPSIA**

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

81.100.11.6	Tratamento da Epilepsia I
40.101.07.4	Tratamento da Epilepsia II

#### **6.5. – ALTA COMPLEXIDADE MALFORMAÇÃO/LÁBIO(S)-PALATAL(IS)**

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

33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio-Faciais
33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Lesões Lábio-Palatais e Crânio Faciais
33.101.05.1	Cirurgia da Boca e Face V



33.101.06.0	Cirurgia da Boca e Face VI
33.101.07.8	Cirurgia da Boca e Face VII
33.101.08.6	Cirurgia de Lábio em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais I
33.101.09.4	Cirurgia de Lábio em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais II
33.101.10.8	Cirurgia Buco Maxilo Facial em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.101.06.4	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.101.07.2	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.102.04.4	Cirurgia do Nariz IV
37.103.03.2	Cirurgia Otorrinolaringológica em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais
37.107.02.0	Cirurgia de Nariz em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais

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

## **6.6. - ALTA COMPLEXIDADE EM ORTOPEDIA**

Os critérios e recursos técnicos de habilitação para cobrança de procedimentos de Alta Complexidade em Ortopedia I (coluna), II (ombro), III (mão), IV (quadril) e V (Joelho), constam de portaria específica.

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

39.102.05.0	Tratamento Cirurgia na Coluna Vertebral V
39.104.03.6	Cirurgia na Cintura Escapular III

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

### **6.7. IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO**

Os procedimentos constantes do quadro abaixo, foram excluídos da Tabela do SIH-SUS, sendo realizados e cobrados, exclusivamente por meio de APAC-SIA.

44.100.01.9	Implante Dentário Osteointegrado I
44.100.02.7	Implante Dentário Osteointegrado II
44.100.03.5	Implante Dentário Osteointegrado III
44.100.04.3	Implante Dentário Osteointegrado IV
44.100.05.1	Implante Dentário Osteointegrado V

### **6.8 – NEUROCIRURGIA**

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

40.100.02.2	Tratamento Conservador em Neurocirurgia I
40.100.03.0	Tratamento Conservador em Neurocirurgia II
40.106.01.2	Neurocirurgia Crânio I
40.106.03.9	Neurocirurgia Crânio II
40.106.05.5	Neurocirurgia Crânio III
40.106.07.1	Neurocirurgia Crânio IV
40.106.09.8	Neurocirurgia Crânio V
40.106.11.0	Neurocirurgia Crânio VI
40.106.13.6	Neurocirurgia Crânio VII
40.107.01.9	Neurocirurgia Coluna I
40.107.03.5	Neurocirurgia Coluna II
40.107.05.1	Neurocirurgia Coluna III
40.107.07.8	Neurocirurgia Coluna IV
40.108.01.5	Neurocirurgia Nervos I
40.108.03.1	Neurocirurgia Nervos II
40.108.05.8	Neurocirurgia Nervos III
40.108.07.6	Neurocirurgia Nervos IV
40.109.01.1	Neurocirurgia Vascular I
40.109.02.0	Neurocirurgia Vascular II
40.110.01.0	Neurocirurgia Funcional Não Extereotóxica
40.111.01.6	Neurocirurgia Funcional Extereotóxica I
40.111.04.4	Neurocirurgia Funcional Extereotóxica II
40.111.03.2	Neurocirurgia Funcional Extereotóxica III
40.150.00.3	Neurocirurgia Radiocirúrgica I

40.151.00.0	Neurocirurgia Radiocirúrgica – Equipe Radioterapeuta
40.100.00.6	Procedimentos Sequenciais em Radiocirurgia

Nas internações de alta complexidade em neurocirurgia quando forem realizados procedimentos sequenciais na mesma data, por acessos diferentes, deverá ser lançado como procedimento solicitado e realizado o código 40.290.00.0.

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

1º procedimento 100%

2º procedimento 100%

3º procedimento 75%

4º procedimento 75%

5º procedimento 50%

Os códigos de procedimentos especiais 97.209.00.7 e 97.210.00.5 serão lançados no campo serviços profissionais de acordo com os critérios e limites estabelecidos na PT/MS/GM 2922/98, da seguinte forma:

Tipo: 04, 30 ou 07

Tipo de ato: 27

**6.8.2.3 – Os códigos de procedimentos especiais 97.220.00.0, 97.221.00.7, 97.222.00.3, 97.223.00.0 e 97.224.00.6 serão lançados no campo serviços profissionais de acordo com os critérios e limites estabelecidos na PT/MS/GM 2922/98, da seguinte forma:**

Tipo: 03 ou 08

Tipo de ato: 27

## **6.9 – BUSCA ATIVA DE POSSÍVEL DOADOR DE ORGÃOS**

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

62.100.00.9	Busca Ativa de Doador de Orgãos
62.101.00.5	Localização e Abordagem de Possível Doador de Orgãos
62.103.00.8	Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Orgãos para

	Transplante – Menores de 2 anos
62.103.01.6	Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos para Transplante – Maiores de 2 anos
47.108.00.2	Intercorrência Pós Transplante

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

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

Em ambas as situações, ou seja, doador em morte encefálica e doador-coração parado, para efetuar a cobrança dos procedimentos dos grupos 62.100.00.9 e 62.101.00.5, deverá ser emitida AIH em nome do doador e lançado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 62.001.00.0 - “Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos e Tecidos” e no campo “procedimentos especiais” o código 62.002.00.7 - “Localização e Abordagem de Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante”;

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

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

#### **Para remuneração da avaliação e diagnóstico da morte encefálica:**

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

62.103.00.8 - Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante - Menor de 2 Anos

62.003.01.1 - Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos - Menor de 2 Anos

62.103.01.6 - Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante - Maior de 2 Anos

62.004.03.4 - Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Maior de 2 Anos

Para efetuar a cobrança dos procedimentos dos Grupos 62.103.00.8 e 62.103.01.6, deverá ser emitida AIH, em nome do doador e lançado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 62.001.00.0 - “Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos e Tecidos” e no campo “procedimentos especiais”, conforme a idade do doador, o código 62.003.01.1 - “Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos - menor de 2 anos” ou o código 62.004.03.4 - “Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos - maior de 2 anos”, sendo que estes dois códigos não podem ser cobrados, concomitantemente, na mesma AIH;

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

Para efetuar a cobrança da realização de exames gráficos para o diagnóstico de morte encefálica, efetivamente realizados, deverão ser preenchidos os códigos abaixo listados no campo “serviços profissionais” da seguinte forma:

99.800.11.0 - Realização de EEG em Possível Doador de Órgãos e Tecidos (Detecção de Silêncio Encefálico)

Limite de Utilização : 02

Tipo : 13 ou 15

Tipo de Ato : 30

99.800.13.6 - Realização de Angiografia Cerebral ( 4 Vasos) em Possível Doador de Órgãos e Tecidos

Limite de Utilização: 02

Tipo: 13 ou 15

Tipo de Ato : 30

99.800.14.4 - Realização de Eco Doppler Colorido Cerebral em Possível Doador de Órgãos e Tecidos

Limite de Utilização : 02

Tipo : 13 ou 15

Tipo de Ato : 30

**Para remuneração da manutenção do paciente em morte encefálica:**

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

96.800.01.1 - Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Menor 2 Anos

Limite de Utilização : 02

Tipo : 18

CNPJ: do Hospital

Tipo de Ato : 21

96.800.03.8 - Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Maior de 2 Anos

Limite de Utilização : 01

Tipo : 18

CNPJ: do Hospital

Tipo de Ato : 21

Os procedimentos 96.800.01.1 Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Menor 2 Anos e 96.800.03.8 - Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos, não podem ser cobrados concomitantemente na mesma AIH.

**Para remuneração da manutenção hemodinâmica e retirada de órgãos:**

Para a manutenção hemodinâmica poderão ser lançados no campo serviços profissionais da AIH os seguintes códigos:

99.800.53.5 - Manutenção Hemodinâmica em Possível Doador de Órgãos

Limite de Utilização: 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

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

Limite de Utilização: 01

Tipo : 14

Tipo de Ato: 22

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

Limite de Utilização :01

Tipo: 14, 30 ou 17

Tipo de Ato: 31

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

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

b - Retirada de órgãos realizada no hospital em que foi realizada a busca ativa do doador, processada por equipe profissional proveniente de outro(s) hospital(is);

c - Retirada de órgãos realizada em hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador, para onde o paciente tenha sido transferido para a efetivação da retirada, que poderá ocorrer por equipe profissional deste segundo hospital ou de outro(s);

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



de órgãos abaixo descritos:

99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.21 .7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite utilização :01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato: 31

99.800.23.3 - Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.27.6 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Primeiro Cirurgião) - (Cadáver)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.29.2 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Segundo Cirurgião) – (Cadáver)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

99.800.39.0 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800.39.8 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Fígado ( por litro)

Limite de Utilização : 04

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

93.800. 41.0 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)

Limite de Utilização : 03

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

93.800.43.6 - Líquido de Preservação de Tecidos para Transplante de Córnea (20 ml)

Limite de Utilização : 02

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato : 19

93.800.45.2 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Coração (1 litro)

Limite de Utilização: 03

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

93.800.47.9 - Líquido de Preservação de Órgão para Transplante de Pulmões - (1 litro)

Limite de Utilização: 04

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

93.800.49.5 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Pâncreas (por litro)

Limite de Utilização : 02

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

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

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

Na hipótese prevista na alínea “c”, deverão ser emitidas tantas AIH quantos forem os procedimentos realizados, de acordo com os Grupos de Procedimentos e procedimentos mantidos e incluídos na Tabela do SIH/SUS abaixo descritos, sendo que, quando a retirada de órgãos for realizada pôr equipe interestadual deverá ser lançado, exceto para córnea e rim, o tipo de ato 40 para remuneração adicional de 100% do primeiro cirurgião e por equipe intermunicipal, exceto córnea, (distâncias

acima de 100 Km)deverá ser lançado o tipo de ato 42 para remuneração adicional de 50% do primeiro cirurgião; no caso de os líquidos de preservação serem fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos descritos no § 2º deste Artigo, deverão ser lançados na respectivas AIH de retirada, observando-se a proibição de lançamento concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes, obedecendo às seguintes orientações:

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

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

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

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

Limite de Utilização: 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

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

Limite de Utilização: 01

Tipo : 14

Tipo de Ato: 22

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

46.113.01.0 - Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos

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

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

Limite de Utilização :01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato: 31

· Para retirada de Coração - deverá ser emitida uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.807.01.2 - “Cirurgia para Retirada de Coração para Transplante” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.19.5 - “Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)”, 99.800.21.7 - “Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)” e 93.800.45.2 - “Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Coração (1 litro)”.

46.108.01.7 - Cirurgia para Retirada de Coração para Transplante

46.807.01.2 - Cirurgia para Retirada de Coração para Transplante

99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31, 37 ou 38

99.800.21 .7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite utilização :01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato: 31

93.800.45.2 Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Coração (1 litro)

Limite de Utilização: 03

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

. Para retirada de Pulmões - deverá ser emitida uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.808.01.9 - “Cirurgia para Retirada de Pulmões para Transplante” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.23.3 - “Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)”, 99.800.25.0 - “Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)” e 93.800.47.9 - “Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Pulmão (1 litro)”.

46.109.01.3 - Cirurgia para Retirada de Pulmões para Transplante

46.808.01.9 - Cirurgia para Retirada de Pulmões para Transplante

99.800.23.3 - Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31, 37 ou 38

99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800.47.9 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Pulmões - (1 litro)

Limite de Utilização: 04

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

- Para Retirada Unilateral/Bilateral de Rim - deverá ser emitida uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.809.01.5 - “Cirurgia para Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.27.6 - “Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante (Primeiro Cirurgião)- cadáver”, 99.800.29.2 - “Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante (Segundo Cirurgião)- cadáver”, e 93.800.41.0 - “Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)”.

46.110.01.1 - Cirurgia para Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante

46.809.01.5 - Cirurgia para Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante

99.800.27.6 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Primeiro Cirurgião) - (Cadáver)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31 ou 38



99.800.29.2 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Segundo Cirurgião) – (Cadáver)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800. 41.0 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)

Limite de Utilização : 03

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

· Para Retirada de Pâncreas – deverá ser emitida uma AIH em nome do doador lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.813.01.2 – Cirurgia para Retirada de Pâncreas para Transplante e no campo “serviços profissionais” os códigos 99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante” (primeiro cirurgião), 99.800.39.0 - Retirada de Pâncreas para Transplante” (segundo cirurgião) e 93.800.49.5 – Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Pâncreas”(por litro).

46.114.01.7 – Cirurgia para Retirada de Pâncreas para Transplante

46.813.01.2 - Cirurgia para Retirada de Pâncreas para Transplante

99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31, 37 ou 38

99.800.39.0 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800.49.5 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Pâncreas (por litro)

Limite de Utilização : 02

Tipo : 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

- Para Retirada de Córneas Unilateral/Bilateral - deverá ser emitida uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.810.01.3 - “Cirurgia de Enucleação Unilateral/Bilateral para Transplante” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.17.9 - “Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante”, e 93.800.43.6 - “Líquido de Preservação de Tecidos para Transplante de Córnea (20 ml)”.

46.111.01.8 - Cirurgia de Enucleação Unilateral/Bilateral para Transplante

46.810.01.3 - Cirurgia de Enucleação Unilateral/Bilateral para Transplante

99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800.43.6 - Líquido de Preservação de Tecidos para Transplante de Córnea (20 ml)

Limite de Utilização : 02

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato : 19

- Para Retirada de Fígado para Transplante - deverá ser emitida uma AIH em nome do doador, lançando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.811.01.0 - “Cirurgia para Retirada de Fígado para Transplante” e no campo de “serviços profissionais” os códigos 99.800.31.4 - “Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião”, 99.800.33.0 - “Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)”, e 93.800.39.8 - “Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Fígado (por litro)”.

46.112.01.4 - Cirurgia de Retirada de Fígado para Transplante

46.811.01.0 - Cirurgia de Retirada de Fígado para Transplante

99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31, 37 ou 38

99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)

Limite de Utilização : 01

Tipo : 14, 30 ou 17

Tipo de Ato : 31

93.800.39.8 - Líquido de Preservação de Órgãos para transplante de Fígado (por litro)

Limite de Utilização : 04

Tipo: 1

CNPJ : do Hospital

Tipo de Ato: 19

## **Para cobrança da intercorrências pós-transplante :**

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

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

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

47.108.00.2 - Intercorrência Pós Transplante

47.810.01.7 - Intercorrência Pós Transplante

99.801.01.9 - Dosagem de Ciclosporina

Limite de Utilização: 04

Tipo: 13 ou 15

Tipo de Ato: 32

99.884.01.1 - Dosagem de Tacrolimus

Limite de Utilização: 04

Tipo: 13 ou 15

Tipo de Ato: 32

99.802.01.5 – Dosagem de Sirolimus

Limite de Utilização: 04

Tipo: 13 ou 15

Tipo de Ato: 32

99.883.01.5 - Ciclosporina 10 mg

Limite de utilização: 120

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.870.01.0 - Ciclosporina 25 mg

Limite de utilização: 72

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.871.01.7 - Ciclosporina 50 mg

Limite de utilização: 60

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.872.01.3 - Ciclosporina 100 mg

Limite de utilização: 60

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.873.01.0 - Metilprednisolona 500 mg

Limite de utilização: 06

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.874.01.6 - Anticorpo Monoclonal Murino Anti CD3 100mg

Limite de utilização: 10

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.875.01.2 - Globulina Antilinfocitária origem equina 100mg

Limite de utilização: 84

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.876.01.9 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 25mg

Limite de utilização: 84

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.877.01.5 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 100mg

Limite de utilização: 56

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.878.01.1 - Globulina Antitimocitária obtida de coelhos 200mg

Limite de utilização: 28

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.885.01.8 - Tacrolimus 1mg

Limite de utilização: 220

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.880.01.6 - Tacrolimus 5mg

Limite de utilização: 140

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.881.01.2 - Tacrolimus 5mg/ml ampolas

Limite de utilização: 02

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.882.01.9 - Basiliximab 20mg

Limite de utilização: 02

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.879.01.8 - Micofenolato Mofetil 500mg

Limite de utilização: 120

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.887.01.0 - Daclizumab 25 mg

Limite de utilização: 10

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

99.888.01.7 – Sirolimus 1 mg/ml

Limite de utilização: 60

Tipo: 19

Tipo de Ato: 33

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

## **6.10 – DISTÚRBIOS DO SONO**

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

## **6.11 – DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

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

## **7 - FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH**

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



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

O pagamento dos serviços hospitalares atribuídos a cada um dos procedimentos principais é feito pela soma dos valores correspondentes a coluna dos Serviços Hospitalares (SH) registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes a: Diárias, Taxas de Sala, Materiais Hospitalares e Medicamentos..

A cada Ato Profissional ou SADT corresponderá um número de pontos.

A remuneração dos S.P. prestados por cada hospital é feita obedecendo a seguinte sistemática:

Somar os valores em reais que correspondam aos S.P. registrados na AIH.

Somar o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos realizados registrados na AIH.

Obter o valor do ponto dos S.P. no mês, mediante a divisão do valor em reais dos S.P. pelo total de pontos dos Atos Médicos.

Somar o número de pontos correspondentes aos atos profissionais, prestados por cada uma das pessoas física ou jurídica.

Multiplicar o valor do ponto dos S.P. pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor em reais, a ser pago.

Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado S.P., correspondem à somatória dos valores encontrados em cada local de trabalho. .

Do valor assim obtido, serão deduzidos os descontos obrigatórios de lei.

A remuneração dos SADT, observa a mesma sistemática, porém o rateio é feito pela pontuação do hospital e não por AIH.

#### EXEMPLOS:

1) Valor do Ponto Profissional é igual:

Valor dos Serviços Profissionais da AIH em Reais

Soma nº de pontos Serviços Profissionais da AIH

2) Valor do Ponto de SADT é igual:

Valor dos Serviços de SADT do Hospital em Reais

Soma de n.º pontos de SADT do Hospital

3) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

Nº de pontos acumulados por profissional na AIH X Valor do Ponto S.P da AIH

4) Valor a ser recebido pelo SADT é igual:

Nº de pontos acumulados por SADT no Hospital X Valor do ponto de SADT do Hospital

## **8 - PRONTUÁRIO MÉDICO**

O preenchimento do prontuário médico é obrigatório.

Todos os documentos constantes do Prontuário Médico deverão estar adequada e corretamente preenchidos, em letra legível, devidamente assinados e carimbados.

Esta norma vale para todos os documentos abaixo relacionados, cujo conjunto é a composição mínima exigida para um correto Prontuário Médico.

Composição mínima:

Ficha de identificação e anamnese do paciente;

Registro Gráfico de Sinais Vitais;

Ficha de Evolução/Prescrição Médica;

Ficha de Evolução de Enfermagem;

Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares;

Ficha para registro de resumo de alta;

Ficha para descrição do ato cirúrgico (Em Procedimentos Cirúrgicos);

Ficha para descrição do ato anestésico (Em Procedimentos Anestésicos);

Partograma e Ficha do Recém-nato (Em Obstetrícia);

Folha de débito do Centro Cirúrgico (Gasto de Sala).

Obrigatoriedade do preenchimento:

Todos os documentos do Prontuário Médico deverão estar corretamente preenchidos (letra legível, assinados e carimbados);

Prescrição e Evolução médica diária (exceto para psiquiatria), assinadas e carimbadas;

Relatório diário de enfermagem, assinado;

Registro diário dos Sinais Vitais;

Descrição do ato cirúrgico e do ato anestésico (nos procedimentos cirúrgicos).

Deverá ser anexada ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares.

Deverá ser anexada ao prontuário 01 via da AIH-7, assim como a AIH simulada (cópia da AIH emitida em disquete, enviada para pagamento), devidamente assinada pelo Diretor Clínico.

Nos casos de Acidente de Trabalho deverá ser anexada ao Prontuário cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

Todo prontuário médico deverá ser arquivado no mínimo por 10 anos e nos casos de hospitais maternidade os prontuários de parto deverão ser arquivados por 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Decorrido esses prazos os originais podem ser substituídos por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas - Resolução do CFM 1.381/89.

## **9 – ACOMODAÇÃO**

A emissão de AIH garantirá a internação em enfermarias, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos. A opção por acomodações superiores descaracteriza a internação pelo SUS.

A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistenciais, públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, a cobrança, ao paciente ou a seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

Somente em casos de Urgência/Emergência e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, poderá a Unidade Assistencial proceder a internação do paciente em acomodação especial até que ocorra vaga de enfermaria, sem cobrança adicional a qualquer título.

## **10 - MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH**

1- AIH com mais 84 atos profissionais - o limite de cobrança de atos profissionais por AIH é de 84, ultrapassado este total a AIH é rejeitada.

2- AIH iniciais em AIH de continuação - reapresentação da AIH inicial em vez de apresentação da AIH de continuação em caso de psiquiatria e/ou FPT.

3- Procedimento autorizado não cadastrado - lançamento de procedimento não cadastrado no campo médico auditor.

04- AIH de continuação sem AIH inicial - apresentação de AIH 5 sem a inicial (AIH-1) em FPT e/ou psiquiatria.

5- Procedimento solicitado não consta da tabela de procedimentos - lançamento do código do procedimento no campo "procedimento solicitado" inexistente na tabela.

6- Procedimento solicitado errado - lançamento de código com dígito errado, apesar de

constar na tabela de procedimentos.

7- TOT UTI + Acompanhante > que o período de internação - totalização de diárias de UTI e de acompanhante maior que os dias de internação do paciente.

8- Falta CNPJ/CPF do profissional - AIH sem lançamento de CNPJ/CPF no campo serviços profissionais.

9- CPF/CNPJ errado - lançamento de CPF/CNPJ com dígito errado no campo serviços profissionais.

10- Falta ato profissional - campo ato profissional sem lançamento.

11- Ato profissional errado - no campo ato profissional o código do procedimento deve ser preenchido com 8 dígitos, neste caso há lançamento errado de dígito.

12- Tipo de ato errado - o código de ato profissional é composto de 02 dígitos, conforme tabela constante no manual AIH, neste caso há lançamento de código ou n.º de dígitos errados. (ex. cirurgião ou obstetra 01; primeiro auxiliar 02; anestesista 06; fisioterapia 11).

13- Quantidade de ato errado - "campo quantidade de ato" incompatível com os atos executados,

14- Falta CPF Diretor Clínico - AIH sem CPF do diretor clínico do hospital.

15- Procedimento realizado diferente do solicitado - o código do procedimento realizado tem que ser o mesmo do procedimento solicitado ou da 1ª linha do campo médico auditor, neste caso o lançamento não coincide com nenhum dos dois códigos possíveis.

16- Falta procedimento realizado - campo procedimento realizado sem preenchimento.

18- Procedimento realizado incompatível com especialidade - lançamento do procedimento realizado não condiz com especialidade informada.

19- Procedimento realizado incompatível com idade/sexo - procedimento realizado incompatível com a idade ou sexo do paciente.

20- Data da internação errada - data de internação incompatível com a data da alta.

21- Data da saída > data da apresentação - data da alta posterior a apresentação da AIH.

22- Permanência meio de mês em especialidade 4 ou 5 - será motivo de rejeição o não lançamento da data de saída em AIH de psiquiatria e/ou FPT no último dia de cada mês quando o paciente permanecer internado.

23- Ato profissional não cadastrado - lançamento de ato profissional inexistente.

24- Profissional bloqueado e/ou com conta corrente 1.9 - lançamento de CNPJ/CPF

bloqueado ou com conta corrente inexistente (conta vala).

25- Procedimento realizado não consta na tabela de procedimentos - lançamento de código do procedimento no campo "procedimento realizado" inexistente na tabela.

26- Hospital não cadastrado na especialidade - hospital não apresenta leitos cadastrados na especialidade lançada na AI H.

27- Longa permanência para AIH não apresentada - cobrança de longa permanência (AIH-5) sem AIH inicial.

28- Cobrança UTI indevida hospital sem leitos - cobrança de diária de UTI em hospitais que não apresentam leitos de UTI cadastrados.

29- AIH paga em outro processamento - reapresentação de AIH paga em processamento anterior.

30- AIH paga neste processamento - apresentação de DCIH (Documento de Cobrança de Internação Hospitalar) em duplicidade.

31- Permanência a maior superior ao permitido - cobrança de diária de permanência a maior superior aos dias permitidos.

32- Cobrança indevida de permanência à maior - cobrança de permanência à maior em procedimentos nos quais não é permitida sua cobrança.

33- Código não pode ser ato profissional - lançamento de código incompatível com os códigos da tabela de atos profissionais.

34- Somente hospital pode ser tipo 3 - lançamento de CPF como tipo 3 (exclusivo para hospitais)

8- Psiquiatria só pode ato grupo 63 - os procedimentos psiquiátricos são todos dos grupos 63, neste caso houve cobrança na especialidade psiquiatria com códigos diferente de 63.

34- Este código não pode mudar procedimento - procedimento solicitado não admite mudança de procedimento.

35- AIH extraviada, enviar AIH para FNS/DATASUS/RIO - AIH em que foi solicitado cancelamento por motivo de extravio e/ou inutilização.

35- CNPJ hospital da AIH-1 diferente CNPJ da AIH-5 - lançamento errado de CNPJ do hospital em AIH de continuação.12- Especialidade da AIH-5 diferente da AIH-1 - cobrança de especialidade diferente de psiquiatria e/ou FPT para AIH de continuação.

36- Data da internação da AIH-5 diferente da AIH-1 - a data da internação na AIH tem que ser a mesma da internação constante na AIH inicial.

37- Número de AIH fora do limite - série de AIH apresentada maior que a liberada para processamento.

38- Falta de procedimento aut. p/ 31.000.00.2, 39.000.00.1 e 70.000.00.0 - não lançamento no campo médico auditor dos procedimentos autorizados em cirurgia múltipla, politraumatizados e AIDS.

39- Profissional não cadastrado - lançamento de CPF de profissional não cadastrado no SIH-SUS.

40- AIH com série numérica bloqueada - AIH em que foi solicitado bloqueio/cancelamento.

41- Hospital PUB/HUE não permite tipo 6, 7 e 8 - hospitais públicos e universitários não permitem cobrança de profissionais ou SADT sem vínculo.

42- Transplante renal p/hospital não cadastrado SIPAC-RIM - cobrança de transplante renal para hospital não autorizado para realização de procedimento de alta complexidade - rim.

43- Tipo incompatível com tipo de ato - lançamento no campo tipo incompatível com o tipo de ato preenchido (ex.: tipo 1 (OPM) tipo de ato 12 (Hemoterapia) ).

44- Número de aplicação de nutrição parenteral > dias internação - quantidade de nutrição parenteral cobrada superior ao permitido para os dias de internação.

45- Código ROPM não cadastrado - código de ROPM não cadastrado no SIH-SUS, ou seja inexistente.

46- Data internação anterior a 01.08.90 para hospitais públicos - os hospitais públicos foram cadastrados no SIH-SUS a partir de 01.08.90, portanto não podem apresentar AIH anteriores a essa data.

47- Material incompatível c/procedimento realizado - material de OPM cobrado incompatível com procedimento realizado.

48- Quantidade material superior ao permitido - quantidade de material de OPM cobrado, superior ao permitido conforme o constante na tabela de OPM.

49- Ato Profissional incompatível c/tipo - lançamento no campo ato profissional incompatível com o tipo de ato preenchido.

50- CNPJ não é banco de sangue - CNPJ lançado não cadastrado como SADT - Banco de Sangue.

51- Hosp. não cadastrado no SIPAC-CÂNCER - lançamento de procedimento de alta complexidade em câncer para hospital não autorizado.

52- AIH fora da faixa - apresentação de AIH com faixa numérica de competência subsequente.

53- Serv. Prof. com campo zerado - não lançamento de serviços profissionais na AIH.

54- AIH PSQ//FPT com prazo vencido - AIH de psiq./fpt com mais de 107 dias.

- 55- TMO não permite cobrança de OPM/hemoterapia - no procedimento TMO, já estão incluídos os valores de OPM e Hemoterapia, portanto seu lançamento caracteriza cobrança em duplicidade, rejeitando a AIH.
- 56- Hospital não cadastrado no SIPAC-AIDS - cobrança de tratamento de AIDS em hospital não autorizado.
- 57- Taxa de ocupação. UTI > limite - cobrança de diárias UTI maior que 100% de ocupação dos leitos cadastrados.
- 58- Data internação anterior a 01/07/92 AIDS - cobrança anterior a introdução do procedimento no SIH-SUS.
- 59- Ano/mês alta maior que competência do Pagamento. - data de alta lançada na AIH superior a competência da apresentação para pagamento.
- 60- Procedimento especial excede limite (Quadro Procedimentos Especiais) - cobrança de procedimentos superior ao limite fixado por AIH.
- 61- Cirurgia múltipla - cobrança indevida - cobrança de atos cirúrgicos em duplicidade ou incompatíveis na mesma AIH.
- 62- Estudo Eletrofisiológico não autorizado - cobrança de estudo eletrofisiológico por hospital não autorizado para realização do procedimento.
- 64- Hospital não é tipo IX (psiquiatria) - cobrança de psiquiatria III para hospital não autorizado com tipo IX (conforme PT 408/92).
- 65- Implante dentário não autorizado - cobrança de implante dentário por hospital não autorizado pela alta complexidade para realização do procedimento.
- 66- Hospital não cadastrado p/ transplante de fígado - cobrança de transplante de fígado por hospital não autorizado pela alta complexidade para realização do procedimento.
- 67- Hospital não cadastrado p/transplante de pulmão - cobrança de transplante de pulmão por hospital não autorizado pela alta complexidade para realização do procedimento.
- 68- Uso indevido de material de OPM - cobrança de material em procedimento em que não é compatível o uso de OPM.
- 69- Hospital não cad. psiquiatria IV - cobrança do procedimento tratamento em psiquiatria em hosp. psiquiátrico B (psiq. IV) por hospital não autorizado.
- 70- Hospital não cad. procedimento lábio palatais - cobrança de procedimentos constantes da PT/S.A.S./MS 126/93 (lábio palatais), por hospital não autorizado pela alta complexidade.
- 71- Tratamento psiquiatria hospital dia/geral não permite AIH-5 - hospital dia e hospital geral de psiquiatria não permite cobrança em AIH de continuação.

72- PSQ/FPT não admite permanência à maior - psiq./FPT permite somente cobrança em AIH de longa permanência, não permitindo cobrança de permanência à maior.

73- Proc. incompatível com tipo do SIPAC-CV - a alta complexidade em cardiologia é subdividida em tipos 1,2,3 (um implante de marca-passo; dois - implante de marca-passo e cirurgia cardíaca; três - implante de marca-passo, cirurgia cardíaca e estudo eletrofisiológico nestes casos, o hospital apresentou cobrança no tipo em que não está habilitado.

74- Trat. epilepsia só permite tipo ¾ - somente hospitais com profissionais e SADT vinculados ao hospital poderão efetuar cobrança dos procedimento de tratamento da epilepsia pertencentes a alta complexidade.

75- Epilepsia não permite UTI/auditor/sangue/OPM - nos procedimentos de tratamento de epilepsia pertencentes a alta complexidade estão incluídos no valor as diárias de UTI, sangue, OPM, não sendo também permitida nenhuma cobrança no campo médico auditor.

76- Hospital não cadastrado no SIPAC-Epilepsia - cobrança de procedimento de alta complexidade em epilepsia por hospital não autorizado.

77- Hospital não cadastrado no SIPAC-ORTO - cobrança de procedimento de alta complexidade em ortopedia por hospital não autorizado.

78- Procedimento solicitado não admite mud de procedimento - procedimento solicitado não permite mudança de procedimento (ex.: primeiro atendimento).

79- RN sala de parto p/ procedimento diferente de parto - cobrança de neonatologista em atendimento ao recém nato em sala de parto em procedimento diferente de parto.

80- SIPAC-Câncer incompatível c/material - utilização indevida de material de OPM em procedimentos de alta complexidade em câncer.

81- Hosp. pertencente municípios em gestão Plena - apresentação de cobrança em hospital pertencentes aos municípios em gestão Plena na fita nacional.

82-AIH bloqueada pelo gestor do SUS - realização pelo gestor de bloqueio de AIH através do programa PGFAIH.

83- AIH c/valor igual a zero PT/38 de 17/05 - hospitais que apresentaram AIH sem passar pela função gerar valores do programa SISAIH01.

84- Hospital com endereço incompleto no cadastro - hospital com dados cadastrais incorretos (Conta Corrente, C.E.P.)

85- Tempo de permanência incompatível com o procedimento realizado - procedimento que não atingiu pelo menos 50% do tempo de permanência previsto na Tabela do SIH/SUS.

86- Diagnóstico principal (CID) incompatível com sexo - procedimento realizado



incompatível com o sexo.

87- Não é permitida alta diretamente da UTI - somente é permitida alta diretamente da UTI nos casos de óbito e transferência. Nos demais a AIH é rejeitada.

88- AIH suspensa Ofício COSAU 355/95 - AIH rejeitada por tempo de permanência e taxa de ocupação. Somente serão pagas com justificativa do gestor em processamento em separado.

89- Procedimento realizado incompatível com faixa etária - procedimento incompatível com a idade do paciente.

90- Mesmo CPF para cirurgião/anestesiologista/auxiliar cirúrgico - não poderá o mesmo profissional executar os atos de cirurgião, anestesista e auxílio cirúrgico na mesma AIH.

91- Mesmo CPF para mais de um auxílio - não poderá o mesmo profissional executar atos de 1o., 2o., e 3o. auxílio cirúrgicos.

## **11 - ESTRUTURAÇÃO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIH-SUS**

A Tabela de Procedimentos do SIH-SUS é composta de códigos, divididos em duas partes.

O código básico é estruturado com 08 dígitos, sendo um deles o dígito verificador.

O código básico é subdividido da seguinte forma:

XX-YYY-ZZ-D

XX => indica a especialidade

YYY => indica o procedimento

ZZ => indica o órgão ou região anatômica

D => dígito verificador

O terceiro dígito do código básico indica o seguinte:

31.103.05-7	1- grupo	cirurgia de Bexiga V
42..203.01-8	2- Proc em serv especializado de neurocirurgia	Cranioplastia
74.300.27-0	3- procedimento em criança	Enteropatia em Pediatria
76.400.27-1	4- procedimento em lactente	Enteropatia em Lactente
74.500.25-2	5-procedimento em adulto	Enteropatia em Clínica

		Médica
34.710.03-5	7-procedimento oncológico	Histerectomia total
46.800.01-8	8- transplante	Transplante de Coração

O dígito tem a função de verificar se o código foi corretamente transcrito ou se houve erro ou troca de algarismos ou posições.