



MINISTÉRIO DA SAÚDE



VOLUME I

MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

BRASÍLIA/DF, NOVEMBRO DE 2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Coordenação-Geral de Sistemas de Informação

Esplanada dos Ministérios, Edifício Anexo, bloco B, 4.º andar, sala 454 B

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2698 / 3315-2437

Home page: <http://www.saude.gov.br/sas>

Email: cgsi@saude.gov.br

Coordenação:

Rosane de Mendonça Gomes

Luzia Santana de Sousa

Ana Lourdes Marques Maia

Colaboração:

Frederico Augusto de Abreu Fernandes

Nivaldo Valdemiro Simão

Virginia da Silva Lucas

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

Manual do Sistema de Informação Hospitalar/Atualização, Volume I. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN

1.SUS (BR) 2. SIH-SUS. 3. Sistemas de informação hospitalar. 4. Sistemas de informação em saúde. I. Título. II. Série.

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Títulos para indexação:

Em inglês: Hospital Information System Manual: : technical orientations module

Em espanhol: Manual del Sistema de Información Hospitalaria: : módulo de orientaciones técnicas

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233 1774 / 2020

Fax: (61) 3233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão:

Capa e projeto gráfico:

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	6
3. DOCUMENTOS DO SISTEMA	6
3.1 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH.....	7
3.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS.....	9
3.3 AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH	10
3.3.1 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 7- FORMULÁRIO (Em desuso).....	11
3.3.2 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 1 – MEIO MAGNÉTICO.....	11
3.3.3 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 – LONGA PERMANENCIA	12
4. CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA	12
5. ÓRGÃO EMISSOR.....	12
6. FLUXO DO SISTEMA	13
6.1 TRASSMISSOR SIMULTÂNEO.....	13
7. FLUXO DA INTERNAÇÃO	13
7.1 CONSULTA/ATENDIMENTO	14
7.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH.....	14
7.3 EMISSÃO DA AIH.....	14
7.4 INTERNAÇÃO	14
7.4.1 CARÁTER DA INTERNAÇÃO.....	14
7.4.2 ESPELHO DA AIH	15
7.4.3 PREENCHIMENTO DA AIH.....	15
7.4.4 PREENCHIMENTO DOS CAMPOS (ARQUIVO SISAIH01).....	15
7.4.5 EMISSÃO DE NOVA AIH	19
8. TIPO DE VÍNCULO E TIPO DE ATO.....	20
8.1 COMPATIBILIDADE DE TIPO DE VÍNCULO COM TIPO DE ATO.....	20
9. ESPECIALIDADE.....	23
10. MOTIVO DE REGISTRO.....	23
11. CAMPOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, SERVIÇOS PROFISSIONAIS, PROCEDIMENTO REALIZADO E PROCEDIMENTO SOLICITADO	25
11.1. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO.....	25
11.2 POLITRAUMATIZADOS.....	26
11.3 CIRURGIA MÚLTIPLA.....	28
11.4 CIRURGIA MÚLTIPLA – PACIENTES COM LESÕES LABIO-PALATAIS	28
11.5 TRATAMENTO DE AIDS.....	30
11.5.1. TRATAMENTO DE AIDS/INTERNAÇÃO.....	30
11.5.2. TRATAMENTO DE AIDS/HOSPITAL DIA/AIDS.....	31
11.6. DIÁRIAS DE UTI/CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL	32
11.7 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - UCI.....	33
11.8 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	34
11.9 DIALISE PERITONIAL E HEMODIALISE	35
11.10 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.....	35
11.11 RESSONÂNCIA MAGNETICA	36
11.12 FATORES DE COAGULAÇÃO	36
11.13 CICLOSPORINA	37
11.14 ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	37
11.15. PERMANÊNCIA A MAIOR	38
11.16 EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO	39

11.17 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO	39
11.17.1 ATENDIMENTO AO RECÉM-NATO NA SALA DE PARTO	39
11.18 ALOJAMENTO CONJUNTO	41
11.19 MÉTODO CANGURU	41
11.20 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	41
11.21 ALBUMINA HUMANA	41
11.21.1 ATENDIMENTO CLÍNICO	42
11.22 HEMOTERAPIA	43
11.23 FISIOTERAPIA.....	44
11.24 RADIOLOGIA/ULTRA-SONOGRAFIA.....	44
11.25 ENDOSCOPIA.....	44
11.26 PATOLOGIA CLÍNICA.....	44
11.27 ANATOMIA PATOLOGICA	44
11.28 PUNÇÕES, TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURAS, PROCEDIMENTOS DIVERSOS ..	44
11.29 ANESTESIA	44
11.30 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS -OPM.....	46
11.31 ACIDENTE DE TRABALHO	48
11.32.VIDEOLAPAROSCOPIA	48
11.33 OBSTETRICIA	49
11.33.1 PARTO NORMAL SEM DISTÓCIA REALIZADO POR ENFERMEIRO OBSTETRA	49
11.33.2 ATENDIMENTO À GESTANTE DE ALTO RISCO.....	49
11.33.3 INTERCORRÊNCIAS EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	49
11.33.4 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – OBSTETRICIA (GEMELAR E VDRL)	50
11.33.5 PRE-NATAL E NASCIMENTO (TESTE RAPIDO)	50
11.34. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA/VASECTOMIA)	50
11.35 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE ALCOOL E DROGAS	51
11.36 ATENÇÃO AO IDOSO.....	52
11.37 PSIQUIATRIA.....	53
13.37.1 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL	55
11.37.2 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL.....	55
11.38 QUEIMADO	56
11.38.1 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM HOSPITAL GERAL	56
11.38.2 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS DE REFERENCIA	56
11.38.3 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS INTERMEDIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA ...	57
11.38.4 INTERCORRENCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO	57
11.35. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS	58
11.36 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	59
11.37 TRATAMENTO DA HANSENÍASE.....	59
11.38. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO.....	59
11.39 PEDIATRIA	60
11.40 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO	60
11.41 TRATAMENTO CONSERVADOR (NEUROLOGIA).....	60
11.42 INTERNAÇÃO DOMICILIAR	61
11.43 HOSPITAL DIA	61
11.43.1 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EM HOSPITAL DIA.....	62
11.43.2. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM GERIATRIA.....	62
11.43.3. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA - FIBROSE CÍSTICA	63
11.44 TRANSPLANTES	63
11.44.1. BUSCA ATIVA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS.....	64
11.44.2 RETIRADA DE ÓRGÃOS	66
11.44.3 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE:.....	69
11.44.4 ATENDIMENTO REGIME DE HOSP. DIA P/ INTERCORRÊNCIAS APÓS TRANSP. MEDULA	
ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS	70
11.44.4.1. AUTOGÊNICO	71
11.44.4.2. ALOGÊNICO APARENTADO:	71
11.44.4.3. ALOGÊNICO NÃO APARENTADO	71
11.45 ONCOLOGIA.....	71
11.46 ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR	72

11.47 EPILEPSIA	74
11.48 MALFORMAÇÕES/LÁBIO-PALATAIS E/OU ANOMALIAS CRÂNIO FACIAIS	74
11.49 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA	75
11.50 NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	75
11.51 DISTÚRBIOS DO SONO – (POLISSONOGRRAFIA).....	76
11.52 GASTROPLASTIA	76
11.53 TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS IMPERFECTA	77
11.54 LIPODISTROFIA	78
11.55 TERAPIA NUTRICIONAL	78
12. INFORMAÇÕES ADICIONAIS	79
12.1 TORACOTOMIA COM DRENAGEM FECHADA	79
11.2 LAPAROTOMIA EXPLORADORA.....	79
12.3 PAGAMENTO DE CIRURGIA	79
12.4 CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	79
12.5 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	79
12.6 DEMONSTRATIVO SOBRE O TRATAMENTO	80
13. FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH	80
14. PRONTUÁRIO MÉDICO	81
15. LEGISLAÇÃO IMPORTANTE	81
16. ACOMODAÇÃO.....	82
17. MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH	82
18. ESTRUTURAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SIH/SUS.....	87
19. Tabela de Procedimentos Especiais	88
20. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO	88
21. COMPATIBILIDADE CID X PROCEDIMENTO	88
22. AUDITORIA.....	88
23. TIPO DE PRESTADOR.....	90
24. BLOQUEIO AUTOMÁTICO DO SISTEMA	90
25. TABELA DE MOTIVO DE BLOQUEIO.....	91
26. REJEIÇÕES DO SISTEMA.....	92
27. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	Erro! Indicador não definido.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei N.º 8.080/90 e pela Lei N.º 8142/90. Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle e avaliação das ações de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º. 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social /INAMPS a implantação do Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS a partir de 1º de agosto de 1990.

A implantação do SIH foi regularizada pelo INAMPS com base no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social/SAMHPS e o seu instrumento a Autorização de Internação Hospitalar/AIH, utilizada pela rede hospitalar própria federal, estadual, municipal e privada com ou sem fins lucrativos.

Em 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde SNAS/MS implantou, como parte do SIH/SUS, a tabela única de remuneração pela Assistência à Saúde na modalidade hospitalar, com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independente da natureza jurídica e do tipo de vínculo com o SUS. Definiu também, que o acervo do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social/SAMHPS passava a compor a base do SIH/SUS.

Com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, Distrito Federal e municípios houve a adequação da regulamentação de instrumentos e conceitos do SIH/SUS, indispensáveis aos gestores locais. A Portaria GM/MS n.º 396/00 aprovou o Manual do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS atribuindo à Secretaria de Assistência à Saúde a responsabilidade pela edição anual, bem como por sua atualização e, em virtude da necessidade de atualizações sistemáticas, a sua disponibilização na internet, no endereço: www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm.

O SIH é um relevante instrumento de informação para orientar o gestor na tomada de decisões relacionadas ao planejamento das ações de saúde, inclusive para a Vigilância em Saúde. Desde que corretamente preenchido, a morbidade/mortalidade hospitalar do município ou do estado estará refletida através da Classificação Internacional de Doenças - CID registrado na AIH servindo, por vez, como indicador da atenção ambulatorial. O desempenho e as condições sanitárias do estabelecimento podem ser avaliados a partir das taxas de óbito e de infecção hospitalar.

Com o tempo, funcionalidades são introduzidas no SIH com a finalidade de aprimorar a qualidade das informações. O SIH realizou, até abril de 2006, o processamento das - AIH de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS. Com o avanço da tecnologia da informação e em conformidade com os princípios do SUS, tornou-se necessário estabelecer mecanismos para a sua descentralização. Assim, ao Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores estaduais e municipais, editou a Portaria GM/MS n.º. 821/04, determinando a descentralização do processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos.

A partir de abril de 2006, após capacitação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Distrito Federal realizada pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação/Departamento de Regulação Avaliação e Controle/SAS/MS e da Coordenação Geral de Informação Hospitalar/Departamento de Informática do SUS/DATASUS/SE/MS, foi implantado no país o processamento descentralizado do SIH/SUS.


A descentralização do processamento do SIH representa mais um avanço no processo de autonomia e ampliação da capacidade de gestão local prevista no SUS.

2. OBJETIVOS

Orientar sobre o cumprimento das normalizações do SIH/SUS, suas características e processamento descentralizado aos Gestores Estaduais e Municipais para a administração do Sistema e orientar técnicos dos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS na correta operação do sistema e seus documentos.

3. DOCUMENTOS DO SISTEMA

3.1 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR	38 - SÉRIE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Este laudo instituído pela Portaria SAS/MS n.º 743/05, substitui os documentos a seguir, sem perda de informações:

- Laudo Médico para emissão de AIH;
- Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal;
- Laudo Médico para Comunicação de Agravado Relacionado ao Trabalho.

O laudo é o documento utilizado para solicitar a autorização de internação do paciente no SUS. A emissão deste laudo é responsabilidade restrita de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros obstetras, de acordo com área de atuação. No caso de enfermeiro com especialização em obstetrícia estão autorizados a emitir apenas laudos de AIH para Parto normal sem distócia.


O Laudo contém dados de identificação do paciente, da anamnese, exame físico, resultados de exames complementares, justificativa da solicitação; identificação do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela do SUS e CID.

O laudo deve ser corretamente preenchido em todos os campos, com letra legível, em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor/Autorizador de AIH da SES ou SMS e a segunda, anexada ao prontuário. O laudo de solicitação de internação eletiva deve ser autorizado antes da realização da mesma. O prazo entre a autorização e a internação deve ser de até 15 dias. O laudo emitido para internação de urgência, deve ser apresentado para ser autorizado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis a contar da internação. Autorizada a internação, o Órgão Emissor preencherá o número da AIH do paciente no campo específico do laudo.


Os gestores estaduais e municipais podem acrescentar aos laudos informações que julguem necessárias à sua realidade, desde que não sejam suprimidas informações do laudo original.

Orientações complementares referentes ao preenchimento dos laudos encontram-se nos Anexo II e III da Portaria SAS n.º 743/05- republicada.

3.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				Folha 1/2			
Identificação do Estabelecimento de Saúde											
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES					
Identificação do Paciente											
5 - NOME DO PACIENTE						6 - N° DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO					
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO		Masc. <input type="checkbox"/> 1		Fem. <input type="checkbox"/> 3			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)						13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF						16 - CEP					
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)											
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO											
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA					
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)											
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE											
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIDADE I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIDADE II			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTILIDADE III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE.			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE.			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE.			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO											
PROFISSIONAL SOLICITANTE											
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						40 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
() CNS () CPF											
AUTORIZAÇÃO											
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
() CNS () CPF											

Instituído pela Portaria SAS/MS n.º 743/05, substitui o Laudo Médico para Solicitação de Procedimentos Especiais e Mudança de Procedimentos. Deve ser preenchido pelo profissional assistente e autorizado pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico do hospital e pelo Órgão Gestor ou a seu critério.

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 2/2	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO							
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				51 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		52 - QTDE.	
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				54 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		55 - QTDE.	
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				57 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		58 - QTDE.	
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				60 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		61 - QTDE.	
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				63 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		64 - QTDE.	
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				66 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		67 - QTDE.	
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				69 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		70 - QTDE.	
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				72 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		73 - QTDE.	
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				75 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		76 - QTDE.	
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				78 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		79 - QTDE.	
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				81 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		82 - QTDE.	
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				84 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		85 - QTDE.	
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				87 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		88 - QTDE.	
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				90 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		91 - QTDE.	
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				93 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		94 - QTDE.	
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				96 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		97 - QTDE.	
98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
AUTORIZAÇÃO							
100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							

3.3 AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

A estrutura da numeração da AIH é formada por 13 dígitos e sua formatação possibilita a emissão de até 9.999.999 (nove milhões, novecentos e noventa e nove mil, novecentos e noventa e nove) internações/ano. Sua codificação identifica, entre outros dados, a Unidade Federada a que pertence e o ano de utilização (Portaria SAS n.º. 567/05).

Estrutura da numeração da AIH:

- Primeiro e segundo dígitos correspondem à Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (Ex: 25 – Paraíba, 31 – Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, que iniciam com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada.
- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex: 06 para 2006).
- O quinto dígito identifica: a) 1 (um) que a numeração é de (AIH) - uso geral; b) 3 (três) que a numeração é de (AIH específica da CNRAC; c) 5 (cinco) que a numeração é de AIH específica para os Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, relacionados no Anexo I da Portaria GM/MS n.º. 252/2006.

- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até 9.999.999.
- O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa “DR SYSTEM”.

As séries numéricas de AIH para os procedimentos regulados pela CNRAC e para os Procedimentos de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade constantes do Anexo I da Portaria n.º 252/06, são definidas pelo Ministério da Saúde.

A faixa de série numérica de AIH – de uso geral, (ou seja, as que não são da CNRAC) deve ser definida pelos gestores estaduais e do Distrito Federal, obedecida a composição estabelecida acima, conforme Portaria SAS n.º 567/05. Os gestores estaduais devem definir a numeração em ordem crescente a partir da codificação definida e dentro de suas necessidades e, a seguir, distribuir as AIH por intervalo de faixa numérica, aos seus municípios, com base na Programação Pactuada Integrada. As Secretarias Municipais de Saúde em gestão plena, a partir do intervalo da faixa numérica que lhe for entregue pelo estado, deve também definir o intervalo de AIH para os seus órgãos emissores locais.

As Secretarias Estaduais de Saúde devem adotar a sistemática de geração de suas séries numéricas de AIH e a distribuição aos municípios utilizando aplicativo eletrônico, como forma de evitar erros.

O módulo autorizador desenvolvido pelo Ministério da Saúde e disponível no *site* do DATASUS, tem a funcionalidade da geração da numeração da AIH. Cada secretaria tem a liberdade de desenvolver um sistema informatizado próprio, a exemplo do que já acontece em várias locais do Brasil.

As AIH da série numérica definida na Portaria SAS 567/05 e específica para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, somente deverão ser utilizadas para os procedimentos relacionados na Portaria GM/MS n.º.252/2006.

O estabelecimento de saúde só deverá apresentar esses procedimentos utilizando a série numérica, se o Município/Estado tenha seu projeto para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, aprovado em conformidade com GM/MS n.º 252/2006.

3.3.1 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 7– FORMULÁRIO (Em desuso)

Este formulário, atualmente em desuso, foi aprovado pelo INAMPS em 1992, sendo chamado de AIH - 7. A AIH era emitida em duas vias, exclusivamente pelos Órgãos Emissores próprios ou autorizados, com numeração pré-impressa. Em 2000, por meio da Portaria SAS/MS n.º 51, foi introduzida como alternativa que as séries numéricas de AIH poderiam ser distribuídas também por meio eletrônico. Desde então, não é obrigatório a impressão dos formulários de AIH. Hoje, as SES não devem imprimir os formulários de AIH para entrega aos municípios ou hospitais, o que é uma considerável economia e otimização dos processos de trabalho.

3.3.2 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 1 – MEIO MAGNÉTICO

A apresentação de AIH em meio magnético pelos hospitais do SIH/SUS foi estabelecida em abril de 1992. A partir de maio de 1993, a Portaria SAS/MS n.º69, tornou obrigatória a apresentação da AIH em meio magnético.

Na mesma ocasião, ficou estabelecido também que na coleta dos dados da AIH, poderia ser utilizado tanto o “software” do Datasus, quanto qualquer outro, desenvolvido pelo próprio hospital ou por terceiros, desde que observadas as características dos arquivos definidos.

A Portaria SAS/MS n.º. 134/94 alterou a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético para os hospitais que utilizavam sistemas próprios ou fornecidos por terceiros, estabelecendo a inclusão de Módulo de Segurança no Programa SISAIH01 para que fossem rejeitadas, no ato da entrega ao gestor, as AIH em não conformidade com o *lay out* padronizado.

A digitação dos dados na AIH deve observar as características dos arquivos e o fluxo de informações constantes deste MANUAL e nas versões dos Programas – SISAIH01 fornecidos pelo Datasus e disponíveis no site: www.datasus.gov.br.

Somente poderão ser apresentadas para processamento AIH com datas de alta do paciente até 06 (seis) meses anteriores à competência do processamento.

3.3.3 AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 – LONGA PERMANENCIA

É utilizada para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de Psiquiatria, Pacientes sob Cuidados Prolongados e Internação Domiciliar. Depois de autorizada a permanência do paciente pelo Órgão Gestor, o hospital deverá gerar AIH-5, que receberá a mesma numeração da AIH - 1 que deu origem à internação. A AIH-5 deverá ser anexada ao prontuário médico.

4. CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA

Com o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, e com a habilitação de todos os estados na gestão plena, a responsabilidade pelo pagamento das pensões alimentícias passou a ser do gestor estadual ou municipal, conforme a forma de gestão do SUS. Os gestores devem definir o fluxo para cadastro e pagamento dos beneficiários das pensões conforme a lei. Deve ser exigido que o interessado apresente o Mandado Judicial que determinou o desconto e/ou a suspensão da pensão.

Em abril de 2006, para dar conhecimento aos gestores locais sobre os pensionistas até então cadastrados no SIH com processamento centralizado, foi disponibilizada na MSBBS na área restrita aos gestores, a relação de todos os profissionais que tinham descontos de pensão alimentícia com os dados dos seus respectivos pensionistas. A partir de então, o controle de cadastros, pagamentos, exclusões ou qualquer outro assunto que diga respeito a pensões cabe exclusivamente ao gestor local.

5. ÓRGÃO EMISSOR

O Código de Órgão Emissor é elemento indispensável para o controle efetivo das AIH emitidas pelo gestor, sendo obrigatório o seu preenchimento no SISAIH01, conforme Portaria SAS n.º. 510/05. A Portaria Conjunta SE/SAS n.º. 23/04 altera a estrutura e composição do Órgão Emissor. A Portaria SAS/MS n.º. 637/05, define o limite de órgãos emissores, possibilitando aos estados o cadastramento de 01 a 9.999 órgãos emissores e ao município pleno de 01 a 999:

Estrutura do Órgão Emissor **Z X X Y Y Y N N N N** para as secretarias estaduais:

CODIGO	SES
Z	E
XX	CÓDIGO DA UF NO IBGE
YYY	000
NNNN	0001 a 9999

Estrutura do Órgão Emissor **Z X X Y Y Y Y N N N** para as secretarias municipais:

CODIGO	SMS
Z	M
XX	CÓDIGO DA UF NO IBGE
YYYY	CÓDIGO DO MUNICIPIO NO IBGE SEM O DV (DÍGITO VERIFICADOR)
NNN	001 a 999

Estrutura do Órgão Emissor **ZXXCCCCC** nos estabelecimentos estaduais e municipais

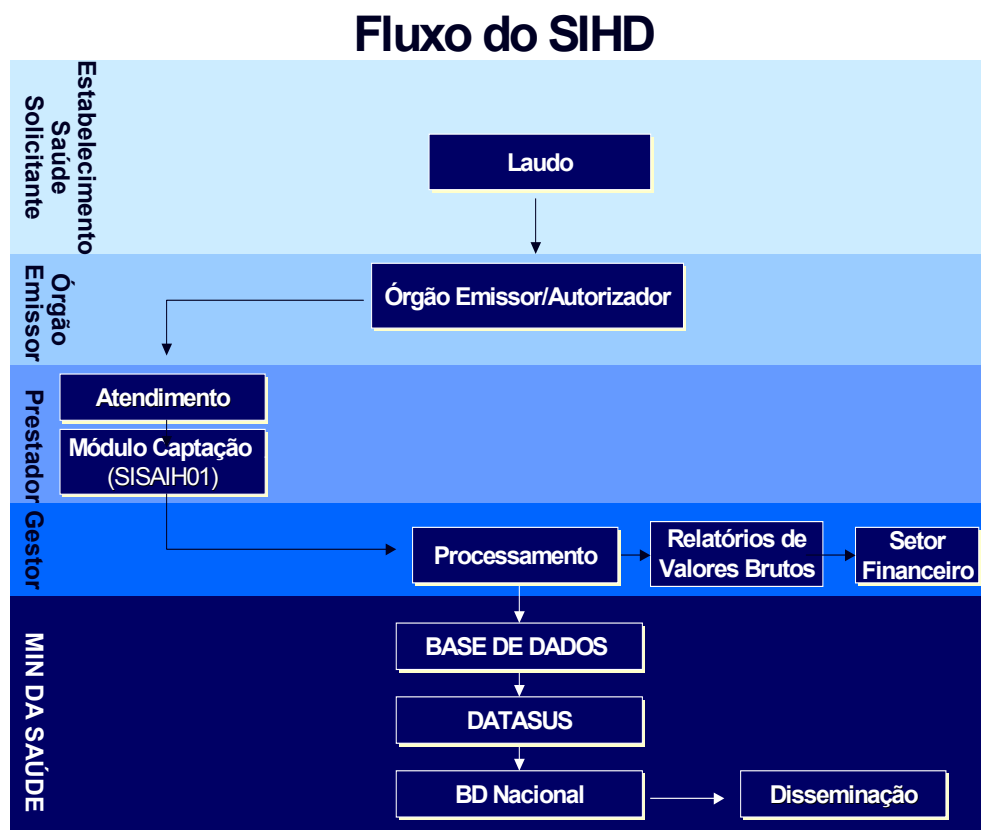
CODIGO	ESTABELECIMENTO GESTÃO ESTADUAL	ESTABELECIMENTO GESTÃO MUNICIPAL
Z	S	U

XX	CÓDIGO DA UF NO IBGE	CÓDIGO DA UF NO IBGE
CCCCCC	CÓDIGO DO CNES (DV)	CÓDIGO DO CNES (DV)

6. FLUXO DO SISTEMA

Nos procedimentos realizados em caráter eletivo, o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo;

Nos procedimentos realizados em caráter de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento de urgência que pode ser no mesmo estabelecimento ou em outro e ainda encaminhado pela Central de Regulação, onde houver:



6.1 TRASMISSOR SIMULTÂNEO

É um aplicativo disponibilizado pelo Datasus para transmissão simultânea dos dados, do - SIA/SUS e SIHD/SUS e de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, das Secretarias Municipais de Saúde ao DATASUS e às Secretarias Estaduais de Saúde.

Este aplicativo substitui o MS-BBS na transmissão do Banco de dados do SIH. É de uso obrigatório pelos gestores municipais para transmissão das bases de dados para a Secretaria Estadual de Saúde e DATASUS simultaneamente.

7. FLUXO DA INTERNAÇÃO

7.1 CONSULTA/ATENDIMENTO

A consulta/atendimento que gera a internação ocorre em estabelecimento de saúde. O profissional médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicitará a AIH através do Laudo.

7.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

O laudo deve ser preenchido em duas vias pelo profissional Assistente/Solicitante de forma legível e sem abreviaturas, sob pena de rejeição do mesmo. Deve conter, além da identificação do paciente, as informações de anamnese, exame físico, exames complementares (quando houver), as condições que justifiquem a internação e o diagnóstico inicial, conforme estabelecido pela PT SAS n.º. 743/05. O profissional solicitante/assistente registra ainda, em campo próprio, o seu CPF, o CRM e/ou CRO ou COREN, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo, de acordo com a Tabela do SIH/SUS e a CID 10. O Enfermeiro (a) Obstetra só poderá solicitar AIH de Parto Normal sem distócia, conforme Portaria SAS/MS n.º. 163/19/98.

7.3 EMISSÃO DA AIH

O laudo para solicitação/AIH, deve ser encaminhado à Unidade Gestora local, onde o profissional responsável pela autorização de AIH faz a análise e podendo concluir que: a) – as informações são insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais; b) - a informação procedente e satisfatória aprova a internação e autoriza a emissão da AIH. Autorizada a internação, o responsável no Órgão Emissor preenche no campo específico do laudo, fornece o número da AIH e identifica o autorizador. No caso de gestantes, a AIH tem validade desde a data da sua emissão até a data do parto.

7.4 INTERNAÇÃO

As internações podem ser eletivas ou de urgência/emergência. A internação eletiva deve ter autorização prévia. Nos atendimentos de urgência/emergência, o internamento do paciente será realizado independente de autorização prévia. Neste caso o laudo deve ser apresentado para ser autorizado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis a contar da internação.

Ocorrendo dúvidas quanto à necessidade da internação, cabe à Secretaria de Saúde a avaliação do caso, autorizando ou não a emissão da AIH. Esta decisão deve ser comunicada no prazo de até 02 (dois) dias úteis após recebimento do Laudo (Portaria SAS/MS n.º. 113/1997)

7.4.1 CARÁTER DA INTERNAÇÃO

O caráter da internação pode ser:

Caráter	Descrição
01	Eletivo - A AIH é emitida antes da internação pelo Órgão-Emissor Local. Uma vez autorizada, a AIH terá validade de 15 (quinze) dias a contar da data da emissão, exceto para as AIH com diagnóstico de Parto, emitida para gestantes, tem validade até a data do parto.
1.1	Eletivo Atendimento em Hospital-dia (PT GM/MS n.º. 44/2001)
2.0	Urgência/Emergência em Hospital de Referência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 02 (dois) dias úteis após a internação
2.1	Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência Atendimento em Hospital-dia (PT GM/MS n.º. 44/2001)
2.6	Quadro compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.7	Quadro compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.8	Quadro compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho em Hospital de Referência Urgência/Emergência
2.9	Quadro compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho em Hospital de

Caráter	Descrição
	Referência Urgência/Emergência
04	Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado com série numérica específica
4.1	Câmara Nacional de Compensação para Procedimento Hospitalar de Alta Complexidade – AIH emitida para atendimento de paciente procedente de outro Estado em regime de Hospital-dia. Portaria GM/MS n.º 44/01 de 10/01/2001, com série numérica específica.
05	Urgência/Emergência - A AIH é solicitada pelo Hospital até 02 (dois) dias úteis após a internação.
	Causas Externas
06	Quando compatível com acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
07	Quando compatível com acidente no trajeto entre a residência e o trabalho
08	Quando compatível com outros tipos de acidente de trânsito não considerados como acidentes no trajeto de trabalho
09	Quando compatível com outros tipos de lesões e envenenamentos causados por agentes físicos ou químicos não considerados como acidentes de trajeto de trabalho

7.4.2 ESPELHO DA AIH

No hospital, o paciente recebe os cuidados necessários. Após o tratamento, alta, transferência ou óbito os dados são digitados na AIH, assim como o CPF e CNPJ dos prestadores que participaram do atendimento. O Diretor Geral ou Diretor Clínico ou Diretor Técnico deve conferir e assinar no espelho definitivo da AIH. No momento da geração do disquete de AIH para faturamento, o SISAIH01 emitirá o relatório de Espelho de AIH Definitivo que contem o número da AIH. No prontuário do paciente deve ser arquivado, obrigatoriamente, o Espelho de AIH Definitivo. Em caso de detecção por auditoria que o espelho de AIH arquivado não é o definitivo, devem ser adotadas, de imediato, as providências necessárias para a correção da distorção/irregularidade.

7.4.3 PREENCHIMENTO DA AIH

As AIH são preenchidas e apresentadas ao gestor em meio magnético. O SIHD importa a produção, critica os dados, calcula os valores brutos e emite relatórios necessários ao gestor local. Meios magnéticos contendo erros ou com dados inconsistentes, devem ser devolvidos ao hospital para correção.

Encerrado o processamento no SIHD, o gestor envia ao Ministério da Saúde/DATASUS os dados da produção para alimentar a Base de Dados Nacional, possibilitando a disseminação das informações em nível nacional.

7.4.4 PREENCHIMENTO DOS CAMPOS (ARQUIVO SISAIH01)

O preenchimento dos Campos (Arquivo SISAIH01) deve obedecer às orientações atualizadas na versão disponibilizada para a competência. Os gestores estaduais/municipais e prestadores de serviços, de acordo com sua inserção no SUS, devem baixar mensalmente as versões atualizadas dos Sistemas de Informação, sempre disponíveis no *site* www.datasus.gov.br.

SISAIH01 Versão 12.70

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
001	DATASUS	Reservado ao DATASUS
002	DCIH-DOCUMENTO PARA REGISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Preencher com 08 dígitos o no. Do DCIH (2 dígitos n.º DCIH, 2 dígitos especialidade. E 4 dígitos ano)
003	QUANTIDADE DE AIH	Preencher com 03 dígitos o quantitativo de AIH constantes no DCIH.
004	APRESENTAÇÃO	Preencher com 06 dígitos o mês e ano da apresentação das

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
		AIH constantes do DCIH. (dois dígitos para o mês e quatro para o ano).
005	ESPECIALIDADES	Preencher c/ 02 dígitos a especialidade do DCIH, conf. Tabela no item 9.
006	CNPJ DO HOSPITAL	Preencher com 14 dígitos o CNPJ do hospital.
007	ÓRGÃO RECEBEDOR	Preencher com 07 dígitos o órgão recebedor.
008	PRONTUÁRIO	Preencher com 07 dígitos o número do prontuário.
009	SEQÜENCIAL	Preencher com 03 dígitos a numeração seqüencial da AIH no DCIH de 001 a 151.
010	IDENTIFICAÇÃO	Preencher com 01 dígito a identificação da AIH, conforme tabela abaixo: 1 – AIH principal (até 14 registros no campo S. P). 3 – AIH de continuação (AIH com mais de 14 registros no campo S. P). 5 – AIH de longa permanência
011	ORGÃO EMISSOR	Preencher com 10 dígitos o código do órgão emissor
012	NOME DO PACIENTE	Preencher com até 60 dígitos o nome do paciente
RESIDÊNCIA HABITUAL		
013	LOGRADOURO	Preencher com até 25 dígitos Rua, Avenida, etc.
014	NÚMERO	Preencher com 05 dígitos o número da residência.
015	COMPLEMENTAÇÃO	Preencher com 15 dígitos, apartamento, casa, etc.
016	MUNICÍPIO	Preencher com 20 dígitos o nome do município.
017	UF	Preencher com 02 dígitos a Unidade Federada.
018	CEP	Preencher com 08 dígitos.
019	DATA DE NASCIMENTO	Preencher com 08 dígitos a data do nascimento (dd/mm/aaaa).
020	SEXO	Preencher com 1 para masculino e 3 para feminino.
021	NÚMERO DA AIH	Preencher com 10 dígitos o nº da AIH.
022	ENFERMARIA	Preencher com 03 dígitos o número da enfermaria.
023	LEITO	Preencher com 04 dígitos o número do leito.
024	NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Preencher com até 60 dígitos o nome da mãe ou responsável pelo paciente.
025	DOCUMENTO DO PACIENTE	Preencher com: Código 1 – PIS-PASEP/CARTÃO SUS – 11 dígitos. Código 2 ; Documento de Identidade Código 3 Registro de Nascimento Código 4 CPF Código 5 Ignorado
026	DATASUS	Reservado ao DATASUS
027	NÚMERO DA CAT	em caso de acidente de trabalho preencher com 11 dígitos o no. Da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)
028	CNPJ DO EMPREGADOR	quando houver, preencher com 14 dígitos o CNPJ do empregador.
029	SOLICITANTE	Preencher com 11 dígitos o CPF do profissional solicitante(médico, odontólogo ou enfermeiro(a).
030	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento solicitado.
031	CARATER DA INTERNAÇÃO	Preencher com 2 dígitos, conforme tabela (constante item 7.4.1.
032	DATA DA EMISSÃO	Preencher com 08 dígitos a data da emissão da AIH (dd/mm/aaaa).
033	AUTORIZADOR	Preencher com 11 dígitos o CPF do autorizador
CAMPO (MÉDICO AUDITOR)		
034	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento autorizado podendo ser efetuados até 05 registros.

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
035	MÊS INICIAL - UTI	Preencher com 02 dígitos o no.de dias de UTI (nível I) utilizados no mês da internação.
036	MÊS ANTERIOR - UTI	Preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI (nível I) utilizados no mês anterior à alta.
037	MÊS ALTA - UTI	Preencher com 02 dígitos o número de dias de UTI (nível I) utilizados no mês da alta, óbito ou transferência.
038	TOTAL – UTI	Preencher com 02 dígitos o número total de dias de UTI (nível I) utilizados.
039	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	Preencher o número de diárias de acompanhante, com 02 dígitos.
040	DATA DA AUTORIZAÇÃO	Preencher com 08 dígitos a data da autorização para utilização do campo procedimentos especiais (dd/mm/aaaa).
041	CPF DO AUDITOR	Preencher com 11 dígitos o número do CPF do auditor.
CAMPO SERVIÇOS PROFISSIONAIS		
042	TIPO	Preencher (com até 2 dígitos) o tipo de vínculo, conf. Tabela no item 8.1.
043	CNPJ/CPF	Preencher com 14 dígitos o CNPJ/CPF do prestador (para o CPF preencher com zeros à esquerda)
044	ATO PROFISSIONAL	Preencher com 08 dígitos o código do procedimento.
045	TIPO DE ATO	Preencher c/ 02 dígitos o código tipo de ato, conf. Tabela no item 8.1.
046	QUANTIDADE DE ATOS	Preencher com 02 dígitos a quantidade de atos efetuados.
047	NOTA FISCAL	Preencher com 06 dígitos o número da nota fiscal do produto de OPM utilizado ou quando RN ficar internado na UTI neonatal.
048	CPF DO DIRETOR GERAL/ CLÍNICO	Preencher com 11 dígitos o CPF do Dir. Geral ou Diretor Clínico do hospital.
049	PROCEDIMENTO REALIZADO	Preencher c/ o código do procedimento solicitado (08 dígitos). Caso tenha havido mudança de procedimento, preencher com o novo código do procedimento, registrado na 1ª. Linha do campo (Médico Auditor)
050	ESPECIALIDADE	Preencher com 02 dígitos o código da especialidade dos procedimentos realizados, conf. Tabela no item 9.
051	DATA DA INTERNAÇÃO	Preencher com 08 dígitos a data da internação (dd/mm/aaaa) (9.60)
052	DATA DA SAÍDA	Preencher com 08 dígitos a data da alta (dd/mm/aaaa) (9.60)
	INDICA DOCUM PAC	Preencher com o documento do paciente (9.80)
053	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Preencher com 04 dígitos (alfa numérico) o CID principal.
	DATASUS	Para uso DATASUS
054	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	Preencher com 04 dígitos o CID secundário.
055	MOTIVO DE REGISTRO	Preencher com 02 dígitos o código de motivo de registro
Os campos 056 a 060 só devem ser preenchidos em caso de parto. (Uso específico para Recém Nato)		
056	NASCIDOS VIVOS	Preencher com 01 dígito o número de nascidos vivos.
057	NASCIDOS MORTOS	Preencher com 01 dígito o número de nascidos mortos.
058	SAÍDA/ALTA	Preencher com 01 dígito o número de altas.
059	SAÍDA/TRANSFERÊNCIA	Preencher com 01 dígito o número de transferências.
060	SAÍDA/ÓBITO	Preencher com 01 dígito o número de saídas com óbito.
061	DATASUS04	RESERVADO AO DATASUS
063	PRÓXIMA AIH	Preencher com o número da próxima AIH, quando for o caso.
064	AIH ANTERIOR	Preencher com o número da AIH Anterior, quando for o caso.
065	DATASUS05	RESERVADO AO DATASUS
066	CBOR	Preencher com 3 dígitos o Código Brasileiro de Ocupação reduzido em casos de Acidente de Trabalho
067	CNAER	Preencher com 3 dígitos o Código Nacional de Atividade

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
		Econômica em casos de Acidente de Trabalho
068	VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA	Preencher com 1 dígito o vínculo com a Previdência onde: 1 – Autônomo 2 – Desempregado 3 – Aposentado 4 – Não Segurado 5 - Empregado 6 – Empregador
069	DATASUS	RESERVADO AO DATASUS
070	MUNICÍPIO PACIENTE	Preencher com 6 dígitos o código do município de origem do paciente.
071	DATASUS06	RESERVADO AO DATASUS
072	CNPJ PRESTADOR	Preencher com 14 dígitos o CNPJ do prestador do serviço
073	NACIONALIDADE	Preencher com 2 dígitos a nacionalidade do paciente
074	DATASUS07	RESERVADO AO DATASUS
075	FILHOS	Preencher com 2 dígitos o número. De filhos em caso de Método Contraceptivo
076	INSTRUÇÃO	PREENCHER O GRAU DE INSTRUÇÃO DO PACIENTE
077	CID NOTIFICAÇÃO	Preencher com o CID de Notificação
078	CONTRACEPTIVO 1	Preencher com 2 dígitos o Método Contraceptivo
079	CONTRACEPTIVO 2	Preencher com 2 dígitos o Método Contraceptivo
080	GESTANTE DE RISCO	Preencher com 1 dígito se é ou não gestante de Risco (0 – Não / 1 – Sim)
	DATASUS	RESERVADO AO DATASUS
082	INFECÇÃO HOSPITALAR	Preencher com 1 dígito se houve ou não Infecção hospitalar (0 – Não / 1 Sim)
083	CPF GESTOR	Preencher com 11 dígitos o CPF do gestor autorizado em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
084	DATA GESTOR	Preencher com 8 dígitos a data de Autorização do Gestor em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
085	CÓDIGO AUTORIZAÇÃO	Preencher com 3 dígitos o Código de autorização em casos previstos na PT SAS 544/99 (9.70)
086	DATASUS	RESERVADO DATASUS
087	PRÉ-NATAL	Preencher com 10 dígitos o número do cartão da gestante no Pré Natal (10.40)
088	SEQ. AIH 5	Preencher com 3 dígitos o seqüencial da AIH 5 (10.50)
089	CAR SUS	Numero do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
090	CNES	Numero do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (11.00)
091	CNPJ	Número do CNPJ da Mantenedora (11.30)
092	DATASUS09	RESERVADO DATASUS
093	ÓRGÃO EMISSOR	Preencher com o código do Órgão Emissor, atendendo às definições da Portaria SAS/MS n.º 630/2005 (12.50)
094	DATASUS10	RESERVADO DATASUS (12.50)
LAY-OUT PARA AIH DE IDENTIFICACAO 4 (REGISTRO CIVIL DE RECEM-NATOS)		
	DATASUS	RESERVADO DATASUS
	DCIH	Numero do DCIH
	QTD_AIH	Quantidade de AIH
	APRES	Mês/ano de apresentação
	ESPEC_DCIH	Especialidade do DCIH
	CNPJ_HOSP	CNPJ do hospital
	ORG_REC	Código do Órgão Receptor
	PRONT	Numero do Prontuário
	DATASUS	Para uso do DATASUS

SEQ	CAMPO	FORMA PREENCHIMENTO
	IDENT	Identificação da AIH
	N_AIH	Numero da AIH
	DT_INT	Data de Internação
REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO		
	NUMERO_DN	Numero da data de nascimento
	NOME_RN	Nome recém nato
	RS_CART	Razão Social Cartório
	LIVRO_RN	Livro
	FOLHA_RN	Folha
	TERMO_RN	Termo
	DT_EMIS_RN	Data da Emissão)
	DATASUS	Para uso do DATASUS

Os campos DATASUS devem ser preenchidos com zero. Todos os campos numéricos devem ser completados com zero à esquerda. Nos procedimentos pagos por diária, que são passíveis de alta com menos de 24 horas, a data da internação poderá ser a mesma da alta, não incidindo a crítica "Quantidade de atos maior que o permitido na linha 1", desde que o registro da quantidade de atos, seja igual a 1, na primeira linha do campo serviços profissionais (Portaria SAS/MS n.º 25 de 27/00).

Para o caso de paciente sem identificação: Conforme a Portaria SAS n.º. 84/1997, é permitida a emissão de AIH para pacientes sem documento de identificação, sem condições de prestar informações ou na ausência de responsável que o identifique nos seguintes casos: pacientes acidentados graves, pacientes psiquiátricos encontrados em vias públicas, pacientes com problemas neurológicos graves ou comatosos, pacientes incapacitados por motivos sociais e/ou culturais. Neste caso os campos de identificação do paciente na AIH, deverão ser preenchidos da seguinte forma: **dados do paciente:** ignorados. **Residência Habitual:** não preencher, com exceção do CEP que deverá ser informado o do hospital que prestou o atendimento. **Data do nascimento:** deverão ser colocados zeros nos dígitos relativos a dia e mês, sendo ano de nascimento preenchido com a idade aproximada.

7.4.5 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 quando necessitarem de cirurgia**
- **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.
- **Quando no campo procedimentos especiais houver mais de 5 procedimentos ou atos abre-se nova AIH, com datas de internação e alta iguais a primeira.**

8. TIPO DE VÍNCULO E TIPO DE ATO

A tabela a seguir apresenta a compatibilidade entre tipo de vínculo e tipo de ato do SIH. É motivo de rejeição da AIH o registro de tipo de vínculo e tipo de atos incompatíveis (Exemplo: OPM: os tipos de vínculos são **01 e 53** e só aceita o Tipo de Ato **19**).

8.1 COMPATIBILIDADE DE TIPO DE VÍNCULO COM TIPO DE ATO

TIPO DE VÍNCULO		TIPO DE ATO	
COD.	DESCRIÇÃO	CÓD.	DESCRIÇÃO
01	OPM	19	OPM
02	Hemoterapia	12	Hemoterapia
03	SADT próprio do hospital	08	Anatomia Patológica
		09	Assistência ventilatória
		10	Cardioversão
		11	Fisioterapia
		13	Inaloterapia
		14	Medicina Nuclear
		15	Patologia clínica
		16	Radiologia
		17	Radioterapia
		18	Traços diagnósticos
		27	Neurocirurgia (SADT/Tomografia Comput. E Ressonância Magnética)
04	Profissional C/vínculo empregatício	01	Cirurgião ou obstetra
		02	1º auxiliar cirúrgico
		03	2º auxiliar cirúrgico
		04	3º auxiliar cirúrgico
		05	Demais auxiliares cirúrgicos
		06	Anestesia
		07	Consulta clínica
05	Cooperativa de Médicos	06	Anestesia
06	Atendimento Recém nato PF	20	Atendimento ao RN na sala de Parto
07	Profissional autônomo PF	01	Cirurgião ou obstetra
		02	1º auxiliar cirúrgico
		03	2º auxiliar cirúrgico
		04	3º auxiliar cirúrgico
		05	Demais auxiliares cirúrgicos
		06	Anestesia
		07	Consulta clínica
		27	Neurocirurgia
08	SADT S/vínculo com o hospital	08	Anatomia Patológica
		09	Assistência ventilatória
		10	Cardioversão
		11	Fisioterapia
		13	Inaloterapia
		14	Medicina Nuclear
		15	Patologia clínica
		16	Radiologia
		17	Radioterapia
		18	Traços diagnósticos
		27	Neurocirurgia (Tomografia comput. E

			Ressonância Magnética)
13	SADT transplante	30 32	SADT Transplante SADT Pós Transplante
14	Transplante (CNPJ)	31 40 42 22	Cirurgião Transplante Retirada de órgão Interestadual Retirada de órgão Intermunicipal Taxa de Sala Cir. E Materiais p/ Ret. De Órgãos p/ Transplante (1 Órgão ou Múltiplos
15	SADT próprio transplante	30 32	SADT Transplante SADT Pós Transplante
16	Atendimento ao Recém nato PJ	20	Atendimento ao RN na sala de Parto
17	Cirurgião de transplante (CPF)	31 40 42	Cirurgião Transplante Retirada de órgão Interestadual Retirada de órgão Intermunicipal
18	Diária de UTI	21	Diária de UTI especializada
19	Medicamentos intercorrências Pós-transplante	33	Medicamento intercorrências pós-transplante
20	Diária de Acompanhante para idoso e diárias de cuidados intermediários	34	Diária de Acompanhante para idoso e diárias de cuidados intermediários neonatal
21	Anestesia obstétrica realizada por anestesista (Pessoa Física)	35	Anestesia obstétrica realizada por anestesista
22	Anestesia obstétrica realizada por anestesista (Pessoa jurídica)	35	Anestesia obstétrica realizada por anestesista
23	Pediatra 1ª Consulta (Pessoa Física)	36	Pediatria 1º consulta
24	Pediatra 1ª consulta (Pessoa jurídica)	36	Pediatria 1º consulta
25	Incentivo ao Parto	37	Incentivo ao Parto
26	Nutrição Enteral	38	Nutrição Enteral
28	Anestesia para procedimentos em queimados (CNPJ do Hospital)	39	Anestesia para procedimentos em queimados
29	Anestesia para procedimentos em queimados (CPF do profissional)	39	Anestesia para procedimentos em queimados
30	Profissionais c/vínculo – PF	01 02 03 04 05 06 07 31 35 36 40 42 49 53	Cirurgião ou obstetra 1º auxiliar cirúrgico 2º auxiliar cirúrgico 3º auxiliar cirúrgico Demais auxiliares cirúrgicos Anestesia Consulta clínica Cirurgião Transplante Anestesia obstétrica realizada por anestesista. Pediatria 1ª consulta Retirada de Órgão Interestadual Retirada de Órgão Intermunicipal Perfusionista Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco Serviço de Terapia Nutricional

		55	
31	Intercorrência do paciente médio e grande queimado	41	Intercorrência paciente grande e médio queimado
34	Processamento/preservação de órgão para transplante	44	Processamento/preservação órgão para transplante
35	Notificação de causas externas e de agravos – PJ	45	Notificação de causas externas e de Agravos relacionados ao trabalho
36	Incentivo ao registro civil	46	Incentivo ao Registro Civil
37	Hemodiálise – PJ	47	Hemodiálise PJ
38	Instalação de cateter Venoso Longa permanência – PJ	48	Instalação de cateter venoso – Longa Permanência –PJ
39	Perfusionista – PJ	49	Perfusionista
40	Perfusionistas – PF	49	Perfusionista
41	Retirada de enxerto ósseo autógeno PJ e PF	50	Retirada de Enxerto Ósseo Autógeno
42	Teste para o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento	51	Teste para o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento
42	Teste para o Projeto Nascer – Maternidade	51	Teste para o Projeto Nascer – Maternidade
43	Inibição de Lactação em Puérpera HIV	52	Inibição da Lactação e, Puérpera HIV
44	Serviços Profissionais de cateterismo Cardíaco CPF	06 ,53	Serviços profissionais de cateterismo cardíaco
45	Profissional Autônomo sem Cessão de Crédito – PF	01 02 03 04 05 06 07 31 35 36 40 42 49 53 55	Cirurgião ou obstetra 1º auxiliar cirúrgico 2º auxiliar cirúrgico 3º auxiliar cirúrgico Demais auxiliares cirúrgicos Anestesia Consulta clínica Cirurgião Transplante Anestesia obstétrica realizada por anestesista Pediatra 1ª consulta Retirada de Órgão Interestadual Retirada de Órgão Intermunicipal Perfusionista Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco Serviço de Terapia Nutricional
46	Serviços Profissionais de cateterismo Cardíaco – PJ	06, 53	Serviços profissionais de cateterismo cardíaco
47	SADT Cardiovascular – Próprio	54	SADT cardiovascular
48	SADT Cardiovascular – Terceiro	54	SADT cardiovascular
49	Serviços Profissionais de Terapia Nutricional (CPF)	55	Serviços Profissionais de Terapia Nutricional
50	Serviços Profissionais de Terapia Nutricional (CNPJ)	55	Serviços Profissionais de Terapia Nutricional
51	Diária de acompanhante para gestante	56	Diária de acompanhante para gestante
52	Profissional do INTO prestando atendimento Ortopédico Projeto Suporte	01 02 03	Cirurgião ou obstetra 1º auxiliar cirúrgico 2º auxiliar cirúrgico

		04 05 06 07	3º auxiliar cirúrgico Demais auxiliares cirúrgicos Anestesia Consulta clínica
53	OPM sem cessão de crédito	19	OPM

Codificação de Tipo 30 - para profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde. Quando houver registro do código 30 na AIH, deverá ser preenchido o "campo CNPJ/CPF" com o CPF do profissional, sendo o crédito relativo aos serviços profissionais calculado em separado, mas computado no CNPJ do estabelecimento de saúde.

Codificação de Tipo 45 - para profissionais autônomos sem cessão de crédito. Quando houver registro do código 45 na AIH, deverá ser preenchido o "campo CNPJ/CPF" com o CPF do profissional, sendo o crédito relativo aos serviços profissionais calculado em separado, mas computado no CNPJ do estabelecimento de saúde. Neste caso, o valor referente aos serviços profissionais será pago pelo gestor (Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde) diretamente para o hospital que realiza o pagamento ao profissional.

Codificação de Tipo 07 - Profissional Autônomo com cessão de crédito - quando houver registro do código 07 na AIH, o sistema calcula em separado o valor referente aos serviços profissionais de cada profissional. É de responsabilidade do gestor (Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde) a realização do pagamento diretamente para o profissional.

Codificação de Tipo 52 - Profissional do INTO Prestando Atendimento Ortopédico do Projeto de Suporte, será utilizado **exclusivamente** para registro dos procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade realizados por equipe do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO em outros estabelecimentos de saúde, públicos ou filantrópico que necessitem de suporte na área de ortopedia (Portaria SAS/MS n.º. 316/06).

Codificação de Tipo 53 - OPM sem Cessão de Crédito, incluído no Sistema de Informação Hospitalar pela Portaria n.º. SAS/MS 434/06. É de uso obrigatório nas AIH dos hospitais públicos com registro de OPM. Para os hospitais privados com e sem fins lucrativos, é opcional. Cabe ao gestor a decisão de optar ou não pelo seu uso.

Codificação de Tipo 54 - OPM Projeto Ortopédico de Suporte é **exclusivamente** para registro em AIH com uso de OPM no Atendimento Ortopédico do Projeto Suporte realizados por profissionais do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO em outros estabelecimentos de saúde, público ou filantrópico.

Quando for registrada na AIH a codificação de Tipo 54 - OPM Projeto ortopédico Suporte e o CNPJ do fornecedor do material não haverá geração de valores para crédito referente à OPM utilizada nem para o estabelecimento (local de realização do atendimento) e nem para o INTO, por tratar-se de OPM cedida por aquele instituto.

Codificação de Tipo 55 - estabelecimento de saúde fornecedor de OPM - pode ser utilizada por estabelecimento público ou privado, desde que seja o fornecedor da OPM.

9. ESPECIALIDADE

Preencher sempre com 2 dígitos.

Código	Descrição	Código	Descrição
01	CIRURGIA	06	TISIOLOGIA
02	OBSTETRÍCIA	07	PEDIATRIA
03	CLÍNICA MÉDICA	08	REABILITAÇÃO
04	PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS	09	PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA
05	PSIQUIATRIA		

10. MOTIVO DE REGISTRO

SE ALTA:		1.5	INTERNADO PARA DIAGNÓSTICO
1.1	CURADO	1.6	ADMINISTRATIVA
1.2	MELHORADO	1.7	POR INDISCIPLINA

1.3	INALTERADO	1.8	EVASÃO
1.4	A PEDIDO	1.9	PARA COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

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

SE TRANSFERENCIA: codificar a clínica especializada do outro hospital para o qual o paciente for transferido, de acordo com a seguinte tabela:

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

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

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

SE ALTA DA PACIENTE PUÉRPERA	7.1	Alta da paciente com permanência do RN
-------------------------------------	------------	--

Em toda AIH em que o motivo de alta for óbito deve obrigatoriamente ser informada a CID da causa da morte.

11. CAMPOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, SERVIÇOS PROFISSIONAIS, PROCEDIMENTO REALIZADO E PROCEDIMENTO SOLICITADO

11.1. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Durante a internação o diagnóstico inicial pode não ser confirmado ou pode surgir uma condição clínica superveniente. Pode ainda ser identificada outra patologia de maior gravidade ou complexidade ou intercorrência que implique na mudança da conduta ou especialidade médica. Nestes casos, o procedimento autorizado no Laudo para Solicitação/AIH deverá ser modificado, mediante o preenchimento do Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar. Para estes casos é preciso autorização do Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor. No caso de mudança de procedimento, o código do novo procedimento será registrado no campo Procedimentos Especiais.

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

O procedimento poderá ser alterado, nas seguintes situações:

De Clínica Médica para Clínica Médica

Exemplo: paciente internado com Complicações de Procedimentos Cirúrgicos/Médicos - 91-500-14-1 e desenvolve quadro de septicemia - 74-500-24-4, na mesma internação. Nesse caso solicitar mudança de procedimento para o procedimento de maior valor, que é septicemia.

De Clínica Médica para Cirurgia

Exemplo: paciente internado com quadro de colecistite aguda - 75-500-27-2 - é submetido a uma colecistectomia - 33-004-08-0 na mesma internação. Nesse caso deve ser solicitada mudança de procedimento para cirurgia.

De Cirurgia para Clínica Médica

Exemplo: paciente internado para submeter-se a uma histerectomia total - 34-010-03-3, porém é detectado, antes da cirurgia, que a mesma apresenta um quadro de diabetes descompensado - 82-500-05-3. Devido ao quadro clínico da paciente não é possível a realização da cirurgia. Nesse caso deve ser solicitada mudança de procedimento para clínica médica (diabetes).

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 registrado na primeira linha do Campo Procedimentos Especiais. Para o procedimento de menor porte, caso seja realizado, caberá apenas a registro dos pontos referentes aos atos profissionais, menos os do anestesista sob pena de rejeição da conta. No Quadro Serviços Profissionais deverão ser registrados todos os códigos dos procedimentos realizados (o principal e os secundários).

Exemplo: paciente internado para realização de apendicectomia – 33-005-06-0, porém a equipe médica detectou durante o inventário da cavidade um processo inflamatório vesicular, que se fez necessário a realização também da colecistectomia - 33-004-08-0. Nesse caso solicitar mudança de procedimento para o procedimento de maior valor que é a colecistectomia

Por determinação do Supervisor/Auditor se, ao analisar o prontuário com a AIH durante a supervisão analítica, os critérios técnicos relativos à 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. O código do novo procedimento será registrado na 1ª linha do campo Procedimentos Especiais da AIH. No campo Procedimento Realizado será registrado 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 o de maior valor.

11.2 POLITRAUMATIZADOS

Sob a denominação politraumatizado estão **as internações de pacientes vítimas de causas externas**. Deverá ser registrado na AIH o código específico de Politraumatizado - 39.000.00.1, tanto no campo Procedimento Solicitado quanto no Procedimento Realizado. No campo Procedimento Especial devem ser registrados, em ordem decrescente de complexidade e valores, os procedimentos realizados. Serão admitidos registros de até 05 procedimentos realizados. Quando ocorrerem novas cirurgias, em atos anestésicos diferentes, deverá ser solicitada nova AIH.

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

Quando for necessária a intervenção concomitante nos membros superiores e/ou inferiores deve ser registrado o procedimento de maior valor em cada membro (Direito e Esquerdo), no campo procedimentos especiais. Havendo outros procedimentos/atos, deverá ser feito somente o registro 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 solicitação/AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser registrado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - redução cirúrgica de fratura de úmero D

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

A redução do cúbito direito será registrada 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 registrado no campo Procedimentos Especiais:

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

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

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

Os procedimentos clínicos aceitos para registro na AIH de Politraumatizado são: **Tratamento Conservador Traumatismo Crânio-encefálico Grau Leve, Grau Médio e Grave**. Sendo que os procedimentos Tratamento Conservador Traumatismo Crânio-encefálico Grave só poderão ser registrados quando realizados em paciente atendido em hospital de Alta Complexidade habilitado em **Trauma e Anomalias do Desenvolvimento**.

Cirurgia - somente será admitido o registro de um procedimento por especialidade cirúrgica, exceto em ortopedia.

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

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

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

1°- Traumatismo Cranioencefálico;

2°- Tomografia computadorizada de crânio.

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

EXEMPLO: Procedimentos dos Grupos:

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

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

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

1° 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 registrado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - Colostomia (33023069);

2ª linha - redução cirúrgica de fratura de diáfise do úmero E (39009068)

3ª linha - amputação de dedo da mão D (39003108).

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

1ª linha - Colostomia (33023069);

2ª linha - redução cirúrgica da fratura de diáfise do fêmur E (39009130);

3ª linha - redução cirúrgica da fratura de diáfise do rádio D. (39016080).

3° EXEMPLO: No caso do paciente ser submetido a mais de um procedimento, em especialidades diferentes NÃO ENVOLVENDO A ORTOPEDIA: Paciente com ruptura de baço, lesão de cólon e hemotórax em que foram realizados 3 procedimentos: esplenectomia, colostomia e toracotomia com drenagem fechada. Solicitar a AIH com o código do procedimento de POLITRAUMATIZADO (39.000.00.1) e na AIH deverá ser registrado no campo Procedimentos Especiais:

1ª linha - Colostomia (33023069);

2ª linha - toracotomia com drenagem fechada (42008069);

Na ocorrência de outros procedimentos, que não sejam passíveis de autorização, apenas os serviços profissionais poderão ser registrados no Campo Serviços Profissionais.

Numa AIH de politraumatizado, o componente Serviços Hospitalares será remunerado em percentual decrescente de valores, na ordem em que forem registrados no Campo Procedimentos Especiais, conforme tabela abaixo:

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

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

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

11.3 CIRURGIA MÚLTIPLA

Considera-se **cirurgia múltipla** o procedimento realizado por equipes distintas ou pela mesma equipe, por incisões diferentes em diferentes regiões anatômicas, no mesmo ato anestésico, para solucionar patologias diversas. Portaria n.º. MPAS/SSM n.º. 249/1983.

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

No campo procedimentos especiais deverão ser registrados, 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 registrados no Campo Serviços Profissionais, registrando o código constante da tabela duas vezes - 42.004.07.1. Não haverá agregação de valores ao procedimento realizado. Os pontos registrados entrarão no rateio do corpo clínico.

Não é permitido o registro de Transplante Renal Receptor como Cirurgia Múltipla.

Exemplos de como devem ser registrados 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 registrados 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 registrados no Campo Procedimentos Especiais, conforme tabela abaixo:

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

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

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

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

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

Importante:

O procedimento cirúrgico de Mastectomia por Câncer compatibiliza a colocação de Prótese Mámara, sendo importante considerar o bem estar e a humanização no atendimento à paciente. Assim, o Ministério da Saúde recomenda que o autorizador de AIH **aceite** como Cirurgia Múltipla os Procedimentos 42.705.07-0 - Mastectomia Radical e 38.003.15-5 – Plástica Mámara Reconstrutiva Pós Mastectomia com Implante de Prótese, quando realizados no mesmo Ato Anestésico, enquanto o Ministério da Saúde não inclui na Tabela do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS um procedimento que englobe os dois Atos Médicos.

11.4 CIRURGIA MÚLTIPLA – PACIENTES COM LESÕES LABIO-PALATAIS

Incluída na tabela pela Portaria SAS/MS n.º. 187 de 16/10/1998 a Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões de Labiopalatais ou Crânio Faciais, código 33.000.00.0, é permitida somente por hospitais habilitados. Este procedimento é solicitado com a finalidade de complementar a correção da lesão.

Para a caracterização do procedimento como Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões de Lábio-Palatais ou Crânio Faciais deve ser registrado no Campo Procedimentos Especiais, pelo menos, um dos procedimentos dos grupos abaixo relacionados:

GRUPO 33.101.05.1 – Cirurgia da Boca e Face V	
38.040.02.6	Palatoplastia completa
38.041.02.2	Palatoplastia com enxerto ósseo ou retalho
38.042.02.9	Palatoplastia parcial
38.043.02.5	Palato-labioplastia Uni ou Bilateral (por estágio)
GRUPO 33.101.06.0 – Cirurgia da Boca e Face VI	
38.046.02.4	Cirurgia Ortognática para Maxilar ou Maxilar/Mandibular
Grupo 33.101.07.8 – Cirurgia da Boca e Face VII	
38.047.02.0	Cirurgia Ortognática tipo Le Fort III
Grupo 33.101.08.6 – Cirurgia de Lábio (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais) I	
38.050.05.6	Queiloplastia em Pacientes de Deformidades Crânio-Faciais
Grupo 33.101.09.4 – Cirurgia de Lábio (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais) II	
38.051.05.2	Excisão e Reconstrução total de Lábio em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais.
Grupo 33.101.09.4 – Cirurgia de Boca e Face em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais	
44.030.04.5	Tratamento Cirúrgico de Fistula Buco Sinusal em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais
Grupo 33.101.10.5 – Cirurgia Buco Maxilo Facial (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais)	
44.050.04.6	Cirurgia de Dente Incluso ou Incrustado em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais.
Grupo 37.101.04.8 – Cirurgia do Ouvido IV	
37.040.01.4	Implante Coclear
Grupo 37.101.06.4 – Cirurgia de Ouvido (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais)	
37.090.01.1	Timpanoplastia (Uni ou Bilateral) em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais
Grupo 37.101.07.2 – Cirurgia de Ouvido (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais)	
37.091.01.8	Microcirurgia Otológica em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais
Grupo 37.102.04.4 – Cirurgia do Nariz IV	
38.012.08.1	Rinoplastia em pacientes com Lesões Lábio-Palatais
38.013.08.8	Septoplastia em pacientes com Lesões Lábio-Palatais
38.014.09.2	Alongamento de columela em pacientes com Lesões Lábio-Palatais
Grupo 37.103.03.2 – Cirurgia Otorrinolaringológica (Em Pacientes Com Deformidades Crânio-Faciais)	
37.090.03.8	Amigdalectomia com Adenoidectomia em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais
Grupo 37.107.02.0 – Cirurgia do Nariz (Em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais)	
38.050.08.0	Tratamento Cirúrgico Reparador Não Estético do Nariz em Pacientes com Deformidades Crânio-Faciais
GRUPO 44.100.20.5 – Implante Ósteointegrado Extra-Oral	
44.040.03.2	Implante Ósteointegrado Extra-Oral

Esses procedimentos, incluídos na tabela do SIH pelas portarias SAS/MS n.º. 126, de 17/09/93 e n.º. 503, de 03/09/99, podem ser registrados como: Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado o Código 33.000.00.0 – Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões de Labiopalatais ou Crânio Faciais. O procedimento código 33.000.00.0, foi incluído na tabela do SIH especificamente para atender a pacientes com Lesões Lábio-Palatais e /ou Deformações Crânio Faciais. A este procedimento **não se aplicam** os mesmos conceitos do procedimento Cirurgia Múltipla código 31.000.02, de equipes distintas, de incisões e regiões anatômicas diferentes. Serão admitidos até 05 procedimentos no Campo Procedimentos Especiais da AIH.

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

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

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

11.5 TRATAMENTO DE AIDS

Incluídos na tabela do SIH/SUS pela Portaria SNAS/MS n.º. 291/1992, os procedimentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS somente são autorizados para hospitais habilitados. Na internação de pacientes com AIDS, deve ser registrado na AIH como procedimento solicitado e realizado o código 70.000.00.0.

11.5.1. TRATAMENTO DE AIDS/INTERNAÇÃO

Este procedimento somente será autorizado para hospitais habilitados. Na internação de pacientes com AIDS, deve ser registrada na AIH como procedimento solicitado e realizado o código 70.000.00.0. No campo procedimentos especiais devem ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valores, até 04 procedimentos médicos realizados, constantes na Tabela para tratamento da AIDS, cujos grupos são:

Grupo	Código Procedimento / Descrição	Diagnósticos
70.100.01.2	70300011- Afecções do Sistema Nervoso - AIDS (Pediatria) 70500010 - Afecções do Sistema Nervoso - AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de síndrome neurológica indiferenciada; ➤ Toxoplasmose cerebral; ➤ Meningite criptococcica; ➤ Linfoma; ➤ Neuropatia periférica.
70.100.02.0	70300020- Afecções do Sistema Respiratório - AIDS (Pediatria) 70500029 - Afecções do Sistema Respiratório - AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de Pneumonia por P. Carinii; ➤ Tuberculose Pulmonar; ➤ Pneumonia intersticial indiferenciada.
70.100.03.9	70300038- Afecções Disseminadas - AIDS (Pediatria) 70500037 - Afecções Disseminadas- AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento de casos de Tuberculose disseminada; ➤ Outras micobacterioses disseminadas; ➤ Histoplasmore; ➤ Salmonela septicêmica; ➤ Sarcoma de Kaposi; ➤ Linfomas não Hodgkin.
70.100.04.7	70300046- Afecções do Aparelho Digestivo - AIDS (Pediatria) 70500045 - Afecções do Aparelho Digestivo- AIDS (Clínica Médica)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamento dos casos de citomegalovirus esofágico; ➤ Herpes simples esofágico; ➤ <u>Cândida sp</u> esofágica;

Grupo	Código Procedimento / Descrição	Diagnósticos
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síndrome diarréica; ➤ Colites, lesões ano retais.

Os componentes Serviços Hospitalares (SH) são remunerados em percentual decrescente de complexidade e valores, conforme tabela a seguir:

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

Os componentes Serviços Profissionais (SP) e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) recebem remuneração de 100% de valores em todos os procedimentos registrados no Campo Médico Auditor. O registro da AIH deve ser apresentado nas especialidades Clínica Médica ou Pediatria, conforme o caso.

11.5.2. TRATAMENTO DE AIDS/HOSPITAL DIA/AIDS

A instituição de hospital-dia na assistência ao paciente/AIDS representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (Portaria SAS/MS n.º. 130/94).

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- 1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias, dividido em três turnos de 4 horas e no máximo 10 pacientes por turno, totalizando 30 pacientes/dia.
- 2 - Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, 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: a equipe mínima deve ser composta por:- 01 médico; - 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades).

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

- 1 - Somente podem ser efetuados registros de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS nas Unidades previamente habilitadas.
- 2 - Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deve ser registrado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período de tratamento;
- 3 - Não é permitido registro de permanência a maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia – AIDS. Os procedimentos realizados no Hospital-Dia serão remunerados por AIH - 1.
- 4 - As diárias são 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 deve solicitar ao Gestor a emissão de nova AIH - 1. Deve ser registrado na 1ª linha do Campo Serviços Profissionais da AIH o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período do tratamento.
- 5 - 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.

11.6. DIÁRIAS DE UTI/CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Se durante a internação hospitalar houver necessidade do paciente ser submetido a Unidade de Tratamento Intensivo – UTI a solicitação deve ser pelo Laudo para Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento e de Procedimento (s) Especial (ais), com a devida autorização pelo Diretor Geral, Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste. As Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos humanos e adequação da área física são classificadas como: TIPO I, TIPO II e TIPO III (Portaria GM/MS 3.432/1998)

UTI TIPO I

São Unidades Cadastradas no SIH/SUS em data anterior à vigência da Portaria GM/MS 3.432/98. As diárias de UTI Tipo I apresentam dois valores: um para os 03 primeiros dias e outro para os dias subsequentes. O registro da diária de UTI Tipo I é feito no campo Procedimentos Especiais, em local reservado a DIAS DE UTI AUTORIZADOS. Neste local existem 04 (quatro) campos referentes: Mês Inicial - Mês Anterior; Mês Alta e Total onde devem ser informadas as diárias de UTI correspondentes. A seguir estão exemplos de como as diárias devem ser registradas:

Exemplo 1:

Paciente internado no hospital no dia 23/03/05
Entrou na UTI dia 25/03/05
Saiu da UTI dia 28/03/05
Teve Alta do Hospital dia 07/04/05

DIAS DE UTI AUTORIZADOS			
Mês Inicial	Mês Anterior	Mês Alta	Total
00	03	00	03

Exemplo 2:

Paciente internado no hospital no dia 27/05/05
Entrou na UTI dia 29/05/05
Saiu da UTI dia 04/07/05
Teve Alta do Hospital dia 19/07/05

DIAS DE UTI AUTORIZADOS			
Mês Inicial	Mês Anterior	Mês Alta	Total
03	30	03	36

No Caso das UTI Tipos II e III a lógica é a mesma. A diferença é que elas são codificadas e apresentam código diferente para cada mês e são registradas no Campo Serviços Profissionais da AIH.

UTI TIPOS II E III - ESPECIALIZADAS

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

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

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

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

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

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

Nas AIH de Transplante Renal e Retransplante de Rim receptor, podem ser registrados os valores referentes à Diária de UTI, Diária de Acompanhante, Hemoterapia, Ciclosporina, Dosagem de Ciclosporina, Hortenses, Próteses, Materiais Especiais e demais procedimentos especiais (PT SAS/MS n.º 294/99).

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

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

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

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

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

11.7 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL - UCI

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

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

Podem habilitar-se a UCI os estabelecimentos que atenderem os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS n.º 1.091/99. Entretanto, cabe ao gestor estadual e/ou municipal, definir quais Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais serão habilitadas, de acordo com as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

A partir da competência outubro de 2006 os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo registro das habilitações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar procedimentos de Cuidados Intermediários Neonatal pelo SIH/SUS.

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

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo de Ato	Quant. Ato	Data do Ato
-------------	-----------------	-------------------------	--------------------	-------------------	--------------------

20	CNPJ da unidade	Preencher códigos dos procedimentos conf. Tabela	34	Preencher com o N.º de diárias utilizadas no mês inicial, anterior e alta, conforme o caso.	Preencher com 6 dígitos
----	-----------------	--	----	---	-------------------------

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

O limite máximo para registro de UTI I, II e III e Cuidados Intermediários é de 59 diárias por AIH. Após esse limite, havendo necessidade, deve ser solicitada nova AIH. A AIH é rejeitada se o número de diárias registradas no campo quantidade de ato ultrapassar 100% da taxa de ocupação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e de UTI. O laudo solicitando internação em UTI Tipo I, II e III deve ser autorizado pelo Diretor Geral ou Diretor Clínico ou Órgão Gestor, a critério deste.

Havendo necessidade de o paciente permanecer internado na UTI por mais de 03 é necessária a justificativa do Médico Assistente no verso do laudo para autorização do Diretor Geral ou Clínico ou do Gestor, a critério deste.

11.8 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

A cada paciente será permitido apenas um acompanhante.

É permitida a presença de acompanhante para menores de 18 anos, sem restrições e, maiores de 18 em casos excepcionais, ou seja, nos casos em que o quadro clínico justifique. Cabe, sob o ponto de vista médico, a determinação da imprescindibilidade da permanência do acompanhante. Essas diárias são registradas no campo Procedimentos Especiais da AIH do Paciente.

Diária de Acompanhante para Idoso:

Portaria GM/MS/N.º 280/99, torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS a viabilização de meios que permitem a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Incluídos na tabela do SIH os procedimentos de diária de acompanhante para maiores de 60 (sessenta) anos a seguir especificados, que serão registrados no campo Serviços Profissionais da AIH da seguinte forma:

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

Ficam excluídos de acompanhamento os pacientes internados pelos procedimentos: Cuidados Prolongados, Hospital Dia, Psiquiatria, Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento e UTI, assim como em situações clínicas em que esteja contra-indicada a presença de um acompanhante.

O registro de diária de acompanhante para pacientes idosos nestes procedimentos acarretará a rejeição da AIH.

Diária de acompanhante para gestante:

A Portaria GM/MS n.º 2.418/2005, regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n.º 1.108/2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS.

Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Os prestadores de serviços podem registrar, de acordo com as tabelas do SUS, as despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através da AIH.

A diária de acompanhante para gestante deve ser registrada no campo Serviços Profissionais da AIH dos procedimentos relacionados na portaria SAS/MS n.º. 238/2006, na forma a seguir especificada:

Tipo	Ato Profissional	CNPJ	Tipo de Ato	quantidade
51	99.079.01.1	CNPJ	56	Deverá ser em conformidade com o total de dias que a paciente permanecer internada, exceto quando estiver na UTI

Em qualquer situação das acima citadas o registro do número de diárias, deve estar em conformidade com os dias de internação do paciente, se for superior a AIH é rejeitada.

No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação e o fornecimento das principais refeições. A cada paciente é permitido apenas um acompanhante.

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

11.9 DIALISE PERITONIAL E HEMODIALISE

O registro de Hemodiálise e Diálise Peritoneal é permitido em casos de Insuficiência Renal Aguda, em pacientes internados. O código CID de Insuficiência Renal, conforme o caso deve ser registrado no campo Diagnóstico Principal ou no do Diagnóstico Secundário.

Somente é permitido o registro de, no máximo, 15 sessões de Diálise Peritoneal ou Hemodiálise por AIH.

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

O registro desses procedimentos é realizado no campo Serviços Profissionais, na forma a seguir especificada, necessitando autorização do Diretor Clínico ou do Órgão Gestor, a critério deste:

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

11.10 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

O exame Tomografia Computadorizada de Crânio e Coluna pode ser registrado utilizando-se os códigos da Tabela SIH/SUS: 97.013.01.3 (um exame) ou 97.013.02.1 (dois exames). Não é permitido o registro dos dois códigos na mesma AIH.

Alterada a descrição e quantidade dos procedimentos especiais códigos 97.220.00-0 e 97.224.00-6 conforme a seguir (Portaria SAS n.º. 756/2005):

Código	Descrição	Quant.
97.220.00-0	Tomografia Computadorizada de Crânio, Sela Túrcica ou Órbita com ou	3

	sem contraste	
97.224.00-6	Tomografia Computadorizada Coluna Cervical, Torácia e/ou Lombo-Sacra com ou sem Contraste	1

As Tomografias de Crânio (97.220.00-0) e Coluna (97.224.00-6) são realizadas em serviços habilitados para Alta Complexidade em Neurocirurgia/Ortopedia. Sendo limitada em 3 exames por AIH para TC do Crânio e 1 para coluna. Os demais exames tomográficos devem ser registrados uma única vez.

O registro deve ser efetuado da seguinte forma:

Registrar no campo Procedimentos Especiais quando se tratar de hospitais não habilitados em alta Complexidade em Neurocirurgia/Ortopedia.

Registrar no campo Serviços Profissionais quando se tratar de hospitais habilitados em Alta Complexidade em Neurocirurgia/Ortopedia.

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

Os exames, quando realizados em paciente internado deverão ser, obrigatoriamente, registrados através de AIH, não podendo ser autorizados e registrados através do SIA/SUS.

11.11 RESSONÂNCIA MAGNETICA

Os procedimentos especiais 97.221.00-7 - Ressonância Magnética de Crânio, incluindo Órbita Sela Túrcica e Mastóide e/ou Técnicas Complementares e 97.223.00-0 – Angioressonância Cerebral, só podem ser realizados em estabelecimento de alta complexidade, estando limitado em 01 (um) exame por AIH. E são registrados no campo Serviços Profissionais da AIH(Portaria SAS n.º 756/05).

Os procedimentos especiais códigos 97.225.00-2- Ressonância Magnética da Coluna Cervical, 97.226.00-9 – Ressonância Magnética da Coluna Lombo Sagra e 97.227.00-5 – Ressonância Magnética da Coluna Torácica, incluídos na tabela pela Portaria n.º 756/05, deve ser realizado em Serviço habilitado em Alta Complexidade de Neurocirurgia/Ortopedia, e o seu registro será no campo Serviços Profissionais com o limite de 01 (um) exame por AIH.

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

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

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

Os procedimentos especiais a seguir são registrados no campo Serviços Profissionais, com Tipo de Vínculo: 03 ou 08 e o Tipo de Ato: 27:

- Tomografia Computadorizada de Crânio, Sela Túrcica ou Órbita com ou sem contraste.
- Ressonancia Magnética de Crânio, incluindo Órbita Sela Túrcica e Mastóide e/ou Técnicas Complementares
- Angioressonância Cerebral
- Ressonância Magnética da Coluna Cervical
- Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacro
- Ressonância Magnética da Coluna Torácica, e
- Tomografia computadorizada de Coluna

11.12 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 agudização do quadro e no campo diagnóstico secundário registrar 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 Gestor, e a critério deste, estes medicamentos poderão ser registrados no Campo Procedimentos Especiais, com exceção do crioprecipitado fator VIII que deverá ser registrado no campo Serviços Profissionais, conforme Portaria do Ministério da Saúde 105/91 e RDC ANVISA 23/02 que aprova regulamento técnico para indicação:

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

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

11.13 CICLOSPORINA

O medicamento Ciclosporina injetável e solução oral, é pago somente nos procedimentos Transplante Renal, Transplante de Medula Óssea e Intercorrência Pós Transplante de: Rim, Fígado, Pulmão, Coração e Medula Óssea e Transplante de Medula Óssea. Nos demais transplante de órgãos o valor deste medicamento está incluído no Componente "Serviço Hospitalar".

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

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

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

O registro na AIH se dará no campo Procedimentos Especiais, após autorização no laudo de Solicitação/autorização de Procedimentos Especiais e ou Mudança de Procedimento.

11.14 ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Quando um desses exames for necessário por intercorrência da patologia que motivou a internação, deve 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 devem ser realizados ambulatorialmente.

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

Portaria SAS/MS n.º. 216/04 altera a redação dos procedimentos especiais a seguir descritos, e desvincula os honorários dos profissionais responsáveis pela sua execução, do componente - Serviços Profissionais - SP das AIH dos procedimentos compatíveis.

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

Nesses procedimentos excepcionalmente, será necessário o registro tanto no campo Procedimentos Especiais quanto no campo Serviços Profissionais da AIH para que sejam gerados valores dos componentes Serviços Hospitalares e Serviços Profissionais.

Na realização do procedimento 97.001.05.8 – Cateterismo Cardíaco Pediátrico é autorizado o ato anestésico e o seu registro será no campo Serviços Profissionais da AIH, conforme a seguir especificado:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Quant.
44	CPF	97.001.05-8 ou 97.004.05-7	53	01
46	CNPJ	97.001.05-8 ou 97.004.05-7	53	01
07, 30,45	CPF	97.001.05-8	06	01
04	CNPJ	97.001.05-8	06	01

Os procedimentos especiais Incluídos na tabela do SIH/SUS pelas portarias SAS/MS n.º 210 Anexos III, e PT SAS/MS n.º 214 e 215/04, devem ser registrados no campo Médico Auditor, exceto os procedimentos de Cintilografia.

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

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

Os procedimentos especiais diagnósticos neuro intervencionistas (Arteriografias) relacionados no Artigo 10 da Portaria SAS n.º 765/05, obrigatoriamente têm que ter em seus laudos as descrições das devidas mensurações angiográficas digitais (relação domus/colo) e as fotos dos respectivos aneurismas:

Portaria SAS/MS n.º 218/04 relaciona os procedimentos especiais excludentes entre si.

As Portarias SAS/MS n.º 214, 215 e 218/2004 apresentam compatibilidade de procedimentos especiais X procedimentos.

Portaria SAS n.º 756/05 inclui na tabela do SIH novos procedimentos especiais. E relaciona conjuntos de procedimentos especiais excludentes entre si.

11.15. PERMANÊNCIA A MAIOR

Pode ser registrada em casos de período de internação 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, **excluídas as diárias de UTI.**

Fórmula para calcular a Permanência a Maior: $PM = Di - (Pm \times 2) - Di_{UTI}$

PM = Permanência à maior

Di = Dias de internação

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

DiUTI = Diárias de UTI

Não é permitido o registro de Permanência a Maior quando o procedimento for:

Biópsias	Internação em Psiquiatria
Busca Ativa de Doador de Órgão	Internação para Tratamento Radioterápico
Transplante de Coração e Fígado, Medula Óssea, Simultâneo, Pâncreas e Rim	Punções
Cuidados Prolongados	Transplante e Retransplante de Pulmão
Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento	Tratamentos em Hospital Dia
Epilepsia	Tratamento em Reabilitação
Internação Domiciliar	Biópsia Endomiocárdica
Hanseníase – Lesões Extensas	Tuberculose Lesões Extensas

Internação para Tratamento de Transtornos do uso de Álcool e Drogas	
---	--

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

Os códigos de Permanência a Maior são utilizados para adultos, crianças. O SADT e Serviços Profissionais devem ser registrados normalmente na AIH. O Diretor Geral, Diretor Clínico, Diretor Técnico ou Órgão Gestor, a critério deste, deve autorizar, previamente, a Permanência a Maior no Laudo de Solicitação/Autorização de Procedimento Especiais e/ou Mudança de Procedimento.

11.16 EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO

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

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

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

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

11.17 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO

DIARIA DE RECEM-NATO

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN com icterícia fisiológica, potencialmente infectado ou filho de mãe diabética, deve ser solicitada a diária de RN e registrada na AIH da mãe. Somente será concedida a diária de RN 48 horas após o nascimento. É obrigatório registrar na AIH da mãe no campo diagnóstico secundário a CID-10 de (icterícia fisiológica, potencialmente infectada ou filho de mãe diabética).

Códigos (CID) que devem ser usados:

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

A data da alta a ser registrada 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 acima, que necessitem de assistência hospitalar, a Unidade solicitará AIH para o RN, a partir da data em que houver a indicação. Em caso de alta da mãe e necessidade de continuidade de internação do recém nascido deverá ser aberta AIH para o recém nascido, devendo constar o número da AIH da mãe no campo AIH anterior. E no campo AIH posterior da AIH da mãe, o número da AIH do recém nascido. O primeiro atendimento do pediatra no berçário, não entra no rateio de pontos e deverá ser registrado no código 95.004.01-7, sendo permitido até duas consultas por AIH no caso de Parto Gemelar. Este procedimento é exclusivo para os médicos especialistas em pediatria/neonatologia.

11.17.1 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 o registro deste procedimento o hospital/maternidade deve ter pediatra/neonatologista no seu corpo clínico e se adequar a Portaria SAS n.º. 096/94 e dispor de: mesa de reanimação, com fonte de calor radiante; fonte de oxigênio puro; máscara facial e bolsa para ressuscitação; aspirador de secreções; medicação apropriada para os casos de insuficiência cardio-respiratória neonatal.

O código **95.001.01-8 – Atendimento ao RN na Sala de Parto** o valor deste procedimento é desvinculado do valor do componente Serviço Profissional, e não entra no rateio de pontos da AIH. Este procedimento somente pode ser registrado, em AIH onde o procedimento realizado seja um dos procedimentos a seguir descritos, conforme a Portaria GM n.º. 572/2000:

Código	Descrição	Código	Descrição
35.001.01-1	Parto Normal	35.026.01-4	Cesariana – Exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança
35.006.01-3	Parto com Manobras	35.082.01-0	Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores
35.007.01-0	Parto com Eclampsia	35.084.01-4	Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, em Hospitais Amigos da Criança.
35.009.01-2	Cesariana	35.086.01-7	Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal
35.025.01-8	Parto Normal em Hospital Amigo da Criança		

O registro deve ser efetuado da seguinte forma:

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

Portaria GM/MS n.º. 1.343/02, inclui na tabela do SIH/SUS código 95.002.02-2-Atendimento ao RN na Sala de Parto II exclusivamente para Hospitais integrantes dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco e só pode ser registrado em AIH onde o procedimento realizado seja um dos procedimentos a seguir descritos:

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

No Atendimento ao Recém-Nato da Sala de Parto II, o pagamento do pediatra/neonatologista não entra no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS N° 96/94, mediante o registro no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

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

Primeira Consulta Pediatra

Incluído na tabela o procedimento 95.004.01-7 - Primeira Consulta Pediatra, que deve ser registrada no campo Serviços Profissionais da AIH de parto, na forma a seguir especificada, Portaria GM n.º. 572/00:

Tipo	CNPJ/CPF	Ato Profissional	Tipo Ato	Quantidade.
23	CPF	95.004.01-7	36	01(parto único) ou 02 (gemelar)
24	CNPJ	95.004.01-7	36	01(parto único) ou 02 (gemelar)

O procedimento de Primeira Consulta Pediatra não entra no rateio de pontos. O valor é fixo e pago para o CPF ou CNPJ informado no campo Serviços profissionais da AIH como tendo realizado o atendimento.

11.18 ALOJAMENTO CONJUNTO

Define-se como Alojamento Conjunto um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe filho. PT GM N.º 1016/93

11.19 MÉTODO CANGURU

O "Método Canguru" é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto. Só serão considerados como "Método Canguru" aquelas unidades que permitam o contato precoce, realizado de maneira orientada, por livre escolha da família, de forma crescente, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

11.20 REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO

Foi incluído na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o código **99.085.01.1 – Incentivo ao Registro Civil de Nascimento**. (PT GM/MS 938/02) O incentivo é pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS que propiciem o registro de nascimento, antes da alta hospitalar. O seu pagamento está vinculado às informações sobre o Registro Civil do Recém-Nato, a serem preenchidos na AIH de parto. Este é um procedimento estratégico do SUS.

O registro é no Campo de Serviços Profissionais da AIH de parto conforme abaixo especificado:

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

Verificar se no preenchimento da AIH está: N.º da Declaração de Nascido Vivo, Nome do RN, Razão Social do Cartório, Livro, Folhas, Termo, Data de emissão da Certidão.

11.21 ALBUMINA HUMANA

A Albumina Humana de origem plasmática é uma solução protéica, estéril e apirogênica, obtida por fracionamento de plasma ou soro humano e que corresponde eletroforéticamente à fração albumina do plasma. O registro deve ser no campo Procedimentos Especiais, sendo permitido o registro de até 99 frascos. A Portaria SAS n.º. 247/00, estabelece padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de Albumina Humana no âmbito do SUS.

Indicações:

I – choque: séptico; hipovolêmico associado a hipoalbuminemia grave
II – doença hepática: crônica associada a hipoalbuminemia grave; ascite não responsiva ao tratamento clássico; insuficiência hepática aguda.
III – síndrome nefrótica associada a: edema refratário aos diuréticos e associados à oligúria; edema genital

associado não responsivo a terapêutica clássica.
IV – dermatites esfoliativas generalizadas;
V – diálise associada a hipoalbuminemia;
VI – fistulas líquóricas ou derivação ventricular externa;
VII – hipoalbuminemia grave;
VIII – peritonite com drenagem externa;
IX – plasmaferese e exsanguíneo-transfusão parcial;
X – queimaduras;
XI – transplante hepático;
XII – hemorragia meningea espontânea;
XIII – pré-eclampsia grave;
XIV – enteropatia com perda de proteína;
XV – reposição volêmica com indicação de colóide;
XVI – mediastinite;
XVII – cirurgias externas de abdômen;
XVIII – by pass cardiopulmonar com hemodiluição;
XIX – insuficiência cardíaca.

11.21.1 ATENDIMENTO CLÍNICO

No atendimento clínico deve ser registrada na 1ª linha do campo Serviços Profissionais da AIH o código de consulta médica, 25.001.01.9. Excetuam-se os Procedimentos dos grupos a seguir relacionados, bem como os Procedimentos Clínicos de Tratamento Conservador, abaixo especificados: No Atendimento Clínico deve-se registrar um ato para cada dia de internação. Exceto no caso dos Procedimentos Clínicos de Tratamento Conservador. Nos casos em que o paciente necessite de avaliação de outro especialista, deve-se registrar um ato 25.001.01.9, para cada parecer emitido.

63001306 Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiatrico - A
71300058 - Síndrome da A.P.I. do Recém Nascido (Membrana Hialina); 71300066 - Pneumopatas Agudas; 73300063 Mucoviscidose (Pediatria); 76400077 Pneumonia do Lactente;
63.001.48.9 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I; 63.001.49.7 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe II; 63.001.50.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe III; 63.001.51.9 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IV; 63.001.52.7 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe V; 63.001.53.5 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VI; 63.001.54.3 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VII; 63.001.55.1 - Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VIII; 63.001.56.0 – Tratamento Psiquiátrico em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria
63001209 - Tratamento em Psiquiatria em Hospital Dia
63001101- Tratamento em Psiquiatria em Hospital Geral
63.001.58.6 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I – RPH; 63.001.59.4 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe II – RPH, 63.001.60.8 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe III – RPH, 63.001.61.6 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IV – RPH, 63.001.62.4 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe V – RPH, 63.001.63.2 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VI – RPH; 63.001.64.0 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VII – RPH; 63.001.65.9 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe VIII – RPH; 63.001.66.7– Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe IX – RPH; 63.001.67.5 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe X – RPH; 63.001.68.3 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XI – RPH; 63.001.69.1 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XII - RPH 63.001.70.5 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XIII – RPH; 63.001.71.3 – Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe XIV - RPH
85.300.71.3 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Cardiovasculares ; 85.500.73.9 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Cardiovasculares ;85.300.72.1 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Pneumológicas; 85.500.74.5 – Pacientes; Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Pneumológicas ;85.300.73.0 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Neurológicas;85.500.75.5 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados Por Enfermidades Neurológicas ;85.300.74.8 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Osteomuscular e do

Tecido Conjuntivo; 85.500.76.3 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; 85.300.75.6 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Oncológicas; 85.500.77.1 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Oncológicas; 85.300.76.4 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Decorrentes da AIDS; 85.500.78.0 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Decorrentes da AIDS; 85.300.77.2 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados devidos a Causas Externas; 85.500.79.8 - Pacientes Sob Cuidados Prolongados devidos a Causas Externas	
85.300.78.0 - Internação Domiciliar Com Equipe Hospitalar; 85.500.80.1 - Internação Domiciliar Com Equipe Hospitalar; 85500933 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referencia em Assistência a Saúde do Idoso – Curta Permanência; 85500941 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referencia em Assistência À Saúde do Idoso – Média Permanência; 85500950 - Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referencia em Assistência a Saúde do Idoso – Longa Permanência	
91904013 - Tratamento da AIDS em hospital dia	
76400271 - Entero Infecções em Lactente	
81300263	Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
81300271	Tratamento Conservador Traumatismo Cranioencefalico Grau Leve
81300280	Tratamento Conservador Traumatismo Cranioencefalico Grau Médio
81300298	Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefalico Grave
81300301	Tratamento Conservador do Traumatismo Raqui-Medular
81300310	Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplasica
81500254	Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
81500262	Tratamento Conservador Traumatismo Cranioencefalico Grau Leve
81500270	Tratamento Conservador Traumatismo Cranioencefalico Grau Médio
81500289	Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefalico Grave
81500297	Tratamento Conservador do Traumatismo Raqui-Medular
81500300	Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplasica

Nesses casos, na 1ª linha do campo Serviços Profissionais da AIH deve ser registrado o código do procedimento para os atos médicos realizados. Para os atendimentos clínicos usa-se o Tipo de Ato 07.

Os procedimentos de Tratamento Conservador e os procedimentos Pediátricos e de Lactente, supra-relacionados são registrados na AIH com o Tipo de Ato 07, por trata-se de um procedimento Clínico. Porém no campo “Quantidade de Atos” deve ser registrado somente 01 (um).

No caso de procedimento cirúrgico deve ser registrado o código do procedimento realizado. Quando a consulta médica for seguida de um ato médico, só é pago o referido procedimento médico. Toda consulta médica/atendimento que gerar internação, deve ser registrado somente na AIH. Não sendo permitida seu registro por meio do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, sendo que a data de internação deve ser a do início do atendimento.

11.22 HEMOTERAPIA

De acordo com a RDC n.º. 153/04 – Vigilância Sanitária, 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 deverá 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 Portaria SAS/MS n.º. 163/1993 a registro de Hemoterapia deverá ser efetuada da seguinte forma:

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

Só é permitido registro de hemoterapia para pessoa jurídica. A quantidade de módulos transfusionais não pode ser superior à quantidade de módulos pré-transfusionais. Os módulos coleta/processamento e sorologia são pagas somente pelo SIA/SUS.

11.23 FISIOTERAPIA

Os atos profissionais relativos à fisioterapia são registrados somente no campo serviços profissionais da AIH. O tipo de registro é 3 (SADT próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital). O tipo de ato da fisioterapia é 11.

11.24 RADIOLOGIA/ULTRA-SONOGRAFIA

Os serviços radiológicos/ultra sonográficos são registrados como tipo 3 (SADT próprio do hospital) ou 8 (SADT sem vínculo com o hospital). O estudo radiológico é efetuado por procedimento de forma completa, ou seja, a quantidade de atos a ser registrada 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 registrado no campo Serviço Profissional é 16.

11.25 ENDOSCOPIA

Para endoscopia digestiva, somente é permitido o cadastramento de profissionais com 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 registradas em internações de outras patologias de base que se relacionem com o ato realizado, devendo ser registradas 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.

11.26 PATOLOGIA CLÍNICA

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

11.27 ANATOMIA PATOLOGICA

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

11.28 PUNÇÕES, TRATAMENTO CONSERVADOR 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 são registrados em AIH autorizada para outro procedimento. Os pontos do profissional entram no rateio do corpo clínico.

11.29 ANESTESIA

O ato anestésico se inicia com a avaliação prévia das condições do paciente, prossegue com a pré e com a anestesia propriamente dita e termina com o restabelecimento de todos os reflexos abolidos, da consciência e da estabilidade cardio-respiratória. É de responsabilidade do anestesista a permanente assistência pessoal ao paciente durante o período de duração da anestesia e até a total recuperação pós- anestésica do paciente. Os atos anestésicos são pagos calculando-se 30% do valor dos Serviços Profissionais, não entrando no rateio de pontos dos serviços profissionais, exceto o procedimento 45.000.05-0 que continua sendo remunerado por pontos (68 pontos)

Os honorários do anestesista se referem exclusivamente aos serviços do profissional. Os valores referentes a oxigênio, medicamentos e utilização de equipamentos, estão incluídos no componente Serviços Hospitalares. O valor correspondente ao honorário médico na anestesia local está incluído

nos honorários da equipe cirúrgica.

Quando for realizado ato anestésico em procedimento que na tabela não está previsto o uso de anestesia, deve ser registrado o código 45.000.05.0 – anestesia no campo Serviços Profissionais. Esse procedimento vale 68 pontos e entra no rateio do valor do componente SP.

ANESTESIA OBSTÉTRICA

Incluídos na tabela, pela Portaria GM n.º 572/00 os procedimentos de anestesia para obstetria. O pagamento do anestesista é desvinculado, não entrando no rateio de valor dos Serviços Profissionais. O procedimento de anestesia obstétrica deve ser registrado no campo serviços profissionais da AIH dos procedimentos de parto conforme a seguir especificado:

Código 95.003.01.0 – Anestesia Obstétrica realizada por anestesista I

Códigos	Descrição	Códigos	Descrição	Códigos	Descrição
35001011	Parto Normal	35006013	Parto com Manobras	35025018	Parto Normal (H.A.C)
35007010	Parto com Eclampsia	35086017	Assistência ao Período Premonitório e ao Parto Normal s/ distócia em Centro de Parto Normal	35080019	Parto Normal sem distócia-real por enf.

95.005.01-3 – Anestesia Obstétrica realizada por anestesista II

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

95.006.01-0 – Anestesia Obstétrica realizada por anestesista III

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

Os registros dos códigos 95.003.01.0, 95.005.01-3 e 95.006.01-0 são efetuados no campo serviços profissionais da seguinte forma:

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

Incluído na tabela do SIH/SUS o procedimento **99.600.07-2 – Anestesia para procedimento em Queimados**. A sua utilização somente é permitido para Centros de Referência em Alta Complexidade e Cuidados Intermediários de Assistência aos Queimados (Portaria GM n.º 1274/00). O pagamento do anestesista é desvinculado, não entrando no rateio de valor dos Serviços Profissionais. O registro desse procedimento é efetuado no campo serviços profissionais da seguinte forma:

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

(pessoa física)			
-----------------	--	--	--

11.30 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS -OPM

As órteses, próteses e materiais especiais, independente da origem, para serem comercializadas têm que obrigatoriamente possuir registro na ANVISA, publicado em Diário Oficial. A aquisição das órteses, próteses e materiais especiais são de inteira responsabilidade dos hospitais, devendo obrigatoriamente ser observadas as normas vigentes da ANVISA relacionadas às boas práticas de fabricação, comercialização e registro de produtos.

Os estabelecimentos de saúde públicos e privados prestadores de serviços para o SUS, deverão informar o CNPJ do Fornecedor do material e o número da Nota Fiscal correspondente no campo Serviços Profissionais de todas as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH com registro de Órtese e Prótese e Materiais Especiais – OPM.

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

Na utilização de OPM, deve ser observado o limite das quantidades estabelecidas para cada produto constante da tabela de OPM **e no caso de repetição do procedimento realizado no campo procedimentos especiais da AIH (politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos seqüenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia), o sistema irá aceitar até o dobro da quantidade máxima permitida para cada produto.** O registro de produto cuja quantidade é expressa em cm², deverá ser efetuado em até 99 cm² e repetida quantas vezes forem necessárias até completar o montante utilizado, obedecidos aos limites da Relação de órteses, Próteses e Matérias Especiais/ROPM.

De acordo com a Portaria SAS n° 23/94, que nos casos de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS deve ser observada a compatibilidade entre os produtos da ROPM e os procedimentos médicos registrados no campo Médico Auditor da AIH. As AIH apresentadas e/ou representadas para registro desde abril/94, independente da data da internação do paciente, devem adotar esta compatibilidade.

Exemplo: Fixador externo admite o registro de 01, mas se na mesma AIH for também utilizado em outro procedimento, poderá ser registrado 02 (dois).

Exemplo: Paciente com Fratura de Perna D código 39011151 e Fratura de Fêmur E código 39009130 – foi necessário utilizar a OPM 93399103 em 02 quantidades, ou seja, 01 para a fratura da perna e 01 para a fratura do fêmur, deverá ser as duas quantidades na mesma AIH.

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

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

O registro será no campo Serviços Profissional da seguinte forma:

Tipo	CNPJ	Ato Prof.	Tipo Ato	Quant. De Ato	Nota Fiscal
01	CNPJ fornecedor	Preencher com o código do produto utilizado	19	Preencher com a qtde de produtos utilizados	Preencher com 6 últimos dígitos da NF ou do Doc. De Importação.
53	CNPJ fornecedor	Preencher com o código do produto utilizado	19	Preencher com a qtde de produtos utilizados	Preencher com 6 últimos dígitos da NF ou do Doc. De Importação.

Portaria SAS/MS n.º 218/04: inclui na tabela de OPM do SIH/SUS, os conjuntos para circulação Extra Corpórea (CEC), a seguir relacionados:

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

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

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

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

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

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

A utilização dos materiais códigos 93.481.25-0, 93.481.23-3 e 93329.19-9 e 93.481.18-7, 93.323.14-0, 93.323.13-1, 93.329.15-6, 93.323.15-8, 93.323.16-6, 93.323.17-4 constantes da tabela de OPM do SIH, é da seguinte formar:

93.481.25-0 - Conjunto Descartável de Balão Intra-Aórtico e **93.481.18-7 - cateter de termodiluição** o uso desses materiais fica limitado em 10% (dez por cento) sobre o quantitativo total do procedimento de código 48.030.11–2 - Angioplastia Coronariana Primária (incluso cateterismo) (Portaria SAS n.º 123/05)

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

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

Será permitido o registro de mais de um dos materiais 93.323.14-0 - Anel Para Anuloplastia Valvular; 93.323.13-1 - Prótese Valvular Biológica com Suporte ou Anel; 93.329.15-6 - Prótese Valvular Biológica sem suporte ou Anel; 93.323.15-8- Prótese Valvular – Mecânica de Duplo Folheto; 93.323.16-6 - Prótese Valvular Mecânica Baixo Perfil (Disco); 93.323.17-4- Processamento de Valva Cardíaca Humana, **no procedimento código: 48.010.14-6 - Plástica Valvar e/ou Troca Valvar Múltipla.**

Portaria SAS n.º 218/04, define as OPM da assistência cardiovascular excludentes entre si. Portaria SAS n.º 123/05 inclui e altera procedimentos da assistência cardiovascular, estabelece compatibilidade entre procedimentos especiais e procedimentos e inclui OPM. Portaria SAS n.º 173/05, relaciona a tabela de compatibilidade entre os procedimentos da Assistência Cardiovascular e OPM. Portaria SAS n.º. 756/005 define compatibilidade entre procedimentos de Neurocirurgia e Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPM) constantes das tabelas do SIH/SUS para a assistência ao paciente neurológico e/ou neurocirúrgico.

O Instituto de Traumatologia e Ortopedia – INTO, presta Atendimento Ortopédico do Projeto de Suporte procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade em estabelecimentos públicos ou filantrópicos que necessitem de Suporte na área de Ortopedia Esses atendimentos serão realizados pela equipe de profissional, utilizando OPM cedida pelo INTO (Portaria SAS n.º. 316/06).

Os profissionais são identificados pelo tipo de vínculo 52 – Profissional do INTO prestando Atendimento Ortopédico do Projeto de Suporte.

Sempre que na AIH for registrado o tipo 01 – OPM com CNPJ do Fornecedor e o tipo 52 – Profissional do INTO prestando Atendimento Ortopédico do Projeto de Suporte, não haverá geração de crédito referente OPM e aos honorários profissionais em favor do estabelecimento no qual foi realizado o atendimento de suporte e nem em favor do INTO.

11.31 ACIDENTE DE TRABALHO

Notificação de Causas Externas e de Agravos relacionados ao Trabalho

A Portaria GM n.º 737/01, aprova a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, e a necessidade de estabelecer mecanismos que permitam incentivar as atividades assistenciais relacionadas à identificação das causas externas. Portaria GM n.º 1969/01 e Portaria SAS n.º 579/0. É obrigatório o preenchimento dos campos CID Principal e CID Secundário, nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador na AIH, de acordo com o CID 10º revisão. O registro de causas externas e de agravos à saúde relacionados ao trabalho, deve ser detalhado no Laudo Médico para emissão de AIH. É obrigatório nos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho o preenchimento na AIH dos seguintes campos:

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

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

Incluído na tabela o código **99.083.01.9 – Procedimento de Notificação de Causas Externas e de Agravos relacionados ao Trabalho- PNCEA** (Portaria SE/SAS n.º. 88/01).

O PNCEA relacionados ao Trabalho será pago aos hospitais que cumpram os dispositivos constantes da Portaria .

O PNCEA deve ser registrado no Campo de Serviços Profissionais da primeira AIH - AIH do paciente:

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

Portaria SAS n.º 579/01 estabelece Compatibilidade de Procedimentos com CID de Causas Externas.

11.32.VIDEOLAPAROSCOPIA

A partir de outubro de 2006, os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo o registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizarem os procedimentos de Cirurgia por Videolaparoscopia pelo SIH/SUS. Para se habilitarem a realização dos procedimentos de Cirurgia por Videolaparoscopia, a seguir especificados, as instituições deverão cumprir os requisitos da Portaria SAS n.º. 114/96: manter em seus quadros, especialista em cirurgia com habilitação em cirurgias videolaparoscópicas; dispor de aparelhos de videolaparoscopia mantidos em perfeitas condições de utilização, conservação e assepsia.

Códigos dos Procedimentos de Cirurgia por Videolaparoscopia:

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

11.33 OBSTETRICIA

11.33.1 PARTO NORMAL SEM DISTÓCIA REALIZADO POR ENFERMEIRO OBSTETRA

O procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra é exclusivo para Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87. 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.

11.33.2 ATENDIMENTO À GESTANTE DE ALTO RISCO

Os procedimentos: Parto Normal ou Cesariana em Gestação de Alto Risco e Intercorrências Clínicas e Obstétricas na Gravidez de Alto Risco somente podem ser realizados em "Unidades de Referência Terciária para o Atendimento à Gestante de Alto Risco", de acordo com os critérios na Portaria GM n.º. 3477/98.

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

A seguir estão especificados os procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos de Parto, conforme Portaria GM n.º. 572/00.

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

São excludentes entre si os seguintes códigos: 95.003.01.0, 95.005.01.3 ou 95.006.01 E o 95.001.01.8 e 95.002.02.2.

O Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco se classifica em Unidade Secundária e Terciária.

Os códigos do nível terciário são:

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

11.33.3 INTERCORRÊNCIAS EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Para a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, a redução das taxas de morbi-mortalidade E melhor atendimento à Gestação de Alto Risco foram incluídos na Tabela SIH/SUS os procedimentos abaixo, exclusivos para hospitais habilitados no Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Terciária à Gestante de Alto Risco. (Portaria n.º. GM n.º. 3.477/98).

Procedimento	Descrição
35.031.01.8	Intercorrência Obstétrica em Gestação de Alto Risco
69.500.01.0	Intercorrências Clínicas em Gestação de Alto Risco

E no Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco.

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

11.33.4 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – OBSTETRICIA (GEMELAR E VDRL)

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

Parto gemelar: utiliza-se como procedimento realizado o código básico Parto normal ou cesariana. Serão registrados os procedimentos especiais compatíveis com os procedimentos de parto no campo Serviço Profissional.

VDRL (17.034.02-7) - é obrigatória a realização deste exame em todas as parturientes internadas nos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, assim como é obrigatório o seu registro nas AIH de partos.

AIH de parto sem registro do código do procedimento de VDRL será rejeita pelo SIHD/SUS. O resultado do exame de VDRL deverá ser anexado ao prontuário do médico.

11.33.5 PRE-NATAL E NASCIMENTO (TESTE RAPIDO)

Incluído na Tabela do SIH/SUS (Portaria GM n.º 822/03) os Procedimentos Especiais a seguir, a serem registrados exclusivamente, no campo serviços profissionais das AIH de todos os partos, conforme as seguintes descrições:

95.008.01-2- Teste Rápido para Triagem de infecção pelo HIV (por teste).

Tipo: 42-Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Tipo de Ato: 51-Teste para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

CNPJ:

Quantidade Limite: 01

95.009.01-9-Microhemaglutinação para o Treponema pallidum para o diagnóstico de Sífilis.

Tipo: 42-Teste para o Projeto Nascer - Maternidades.

Tipo de Ato: 51-Teste para o Projeto Nascer - Maternidades.

CNPJ:

Quantidade Limite: 01

99.092.01-8- Administração de inibidor de lactação em puérperas HIV + (Cabergolina 0,5mg)

Tipo 43: Inibição da lactação em puérperas HIV+

Tipo de Ato: 52 Inibição da lactação em puérperas HIV+

CNPJ:

Quantidade Limite: 02 comprimidos (dose única)

11.34. PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA/VASECTOMIA)

Considerando o Art. 6º, Parágrafo Único e Art. 10º da Lei 9.263/96, que trata do planejamento familiar foram incluídos na Tabela do SIH/SUS os seguintes procedimentos (Portaria GM n.º 48/99):

Código	Descrição	Código	Descrição
31005098	Vasectomia parcial ou completa	35084014	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em pacientes. Com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigo da Criança
34022040	Laqueadura Tubária	35085010	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em

			pacientes. Com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco
35082011	Cesariana c/ Laqueadura Tubária em paciente. Com Cesarianas Sucessivas		

Somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciada, a pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
- Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executado por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;
- Deverá obrigatoriamente constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. Somente podem realizar procedimento de esterilização cirúrgica as instituições que atenderem aos critérios, e que estejam habilitado/autorizado para realização dos mesmos (Portaria SAS n.º. 48/99). Deve ainda oferecer todas as opções de meios e métodos contraceptivos reversíveis; e comprovar a existência de médico capacitado para realização do ato.

É obrigatório utilizar o código Z 30.2 – Esterilização, da – CID 10º revisão, na registro destes procedimentos.

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

A partir da competência outubro de 2006 os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo o registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizarem os procedimentos de Planejamento Familiar/Esterilização (Laqueadura e Vasectomia) pelo SIH/SUS.

11.35 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE ALCÓOL E DROGAS

A Portaria n.º. 817/02 incluiu na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS o grupo de procedimento abaixo:

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

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

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

Os procedimentos acima consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas. A AIH para registro dos procedimentos, 89.300.09.2 e 89.500.08.3 terá validade de 30 dias sendo o limite de 21 diárias por AIH, ou seja, embora a AIH tenha validade de 30 dias, só é permitido o registro de no máximo 21 diárias.

Na primeira linha do campo serviços profissionais deverão ser registrados o número de diárias utilizadas. Não serão permitidos os registros de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

Ainda foram incluídos na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS os procedimentos abaixo:

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

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

Os procedimentos 89300106 e 89500091 consistem no tratamento em regime de internação hospitalar de pacientes em síndrome de abstinência decorrente do uso prejudicial e/ou dependência de Álcool e Drogas. A AIH para registro dos procedimentos, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 terá validade de 30 dias sendo o limite de 15 diárias por AIH.

Na primeira linha do campo serviços profissionais deverão ser registrados o número de diárias utilizadas.

Não serão permitidos os registros de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

O registro dos procedimentos, 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1, somente pode ser efetuado por Hospitais Gerais. A emissão da AIH para realização dos procedimentos 89.300.09.2, 89.500.08.3, 89.300.10.6 e 89.500.09.1 pelo gestor do SUS, deverá ser efetuada mediante apresentação de laudo médico de solicitação de internação emitido preferencialmente por especialista vinculado ao CAPS.

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

89.300.11.4 - Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas

89.500.10.5 - Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas

Nos casos de internação para tratamento de pacientes com intoxicação aguda por uso de álcool deverão ser utilizados os procedimentos 89.300.05.0 - Intoxicação por Álcool e 89.500.05.9 - Intoxicação por Álcool já constante no grupo, 89.100.01.8 - Intoxicações Exógenas e Envenenamentos da Tabela do SIH/SUS.

11.36 ATENÇÃO AO IDOSO

A Portaria GM/MS n.º. 702/02 organiza a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. A Portaria GM/MS nº 738, de 12 de abril de 2002, inclui no grupo 85.100.12-9 – Internação Domiciliar I, da Tabela do SIH/SUS os procedimentos abaixo:

85.500.93-3 - Internação Domiciliar Geriátrica - realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Curta Permanência - até 30 dias.

85.500.94-1 - Internação Domiciliar Geriátrica - realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Média Permanência - de 31 a 60 dias.

85.500.95-0 - Internação Domiciliar Geriátrica - realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Longa Permanência quando o paciente estiver assistido por mais de 60 dias e não tem tempo definido.

A publicação da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, bem como a Portaria nº 2.529, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, alteram a denominação dos procedimentos assistência domiciliar para internação domiciliar.

A Internação Domiciliar Geriátrica realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve ser iniciada com o procedimento de código 85.500.93-3 (Curta Permanência). Caso seja necessária a continuidade do tratamento, deverá ser solicitada ao Gestor, mudança para o procedimento subsequente, de curta para média e de média para longa permanência. Deve ser

utilizada a sistemática de emissão de - AIH de identificação 5, para internação de média e longa permanência referente a esses procedimentos.

Nas internações de média e longa permanência, serão emitidas AIH - 1 (AIH inicial). Havendo necessidade de prorrogação da internação, a AIH - 1 será encerrada com um dos motivos de registro constantes do SIH/SUS, cujo primeiro dígito seja 2 (permanência) e será solicitada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH - 1, observando a mudança do procedimento.

A autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico a cada 30 (trinta) dias, a ser encaminhado ao Órgão Gestor do SUS para avaliação, a qual autorizará, ou não, a continuidade da internação. A data de início da internação constante da AIH-5 deverá ser a da AIH - 1. A data de encerramento da AIH deverá ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência.

A redação dos procedimentos de código 91.500.20-6 e 91.500.21-4, constantes da Tabela do SIH/SUS referem-se ao atendimento geriátrico em hospital dia:

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

A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia nos Centros de Referência à Saúde do Idoso, tem a validade de até 30 dias. Caso seja necessária a continuidade do tratamento, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do Gestor do SUS. Deverão ser registrados, na primeira linha do campo de serviços profissionais da AIH, o código do procedimento realizado e o número de diárias utilizadas.

11.37 PSQUIATRIA

A título de história: aprovada na tabela do SIH/SUS, na área da saúde mental, procedimentos em: Hospital Psiquiátrico; Hospital Geral; Hospital Dia, e para o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria (Portaria SNAS/MS n.º. 189/91) Ainda, a Portaria SNAS/MS n.º. 224/92 definiu as diretrizes e normas para cadastramento hospitalar no SIH/SUS, nestas modalidades de atendimento.

Permanecem as regras de que o pagamento dos procedimentos de psiquiatria, na AIH - 1, tem de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês. Havendo necessidade de prorrogação das internações, depois de vencidas as 45 diárias será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH -5 será sempre no primeiro dia do mês. Cada AIH-5 permite o registro de até 31 diárias, e não tem validade máxima, devendo ser emitida AIH-5 quantas vezes forem necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, não sendo permitida a emissão de AIH - 1, para continuidade de tratamento. Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico. A autorização para emissão de AIH-5 deve ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminha ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista na área, que autoriza ou não a continuação da internação. A data de início da internação constante da AIH-5 deve ser a da AIH - 1. A data de saída deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência. Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, será permitida solicitação de nova AIH na especialidade respectiva, não sendo permitida AIH simultânea.

No valor estipulado para atendimento psiquiátrico está previsto atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo registros adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais ou mudança de procedimento. Os pagamentos dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia nas internações de longa permanência estão desvinculados dos Serviços Hospitalares – SH. Na AIH de psiquiatria somente poderá ser preenchida a primeira linha do campo Serviços Profissionais com o código do Procedimento Psiquiátrico realizado. O preenchimento de mais de uma linha terá como consequência a rejeição da AIH, exceto para registro de SADT.

A normatização atual é através da Portaria GM n.º 251/02 que atualizou as Portarias n.º 224/92, 88/93 e 147/94, definindo diretrizes e normas da assistência hospitalar em psiquiatria no SUS, bem como estabelecendo a classificação a seguir para os hospitais psiquiátricos. Esta apuração foi feita a partir dos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante no CNES.

CLASSE	PONTUAÇÃO NO PNASH	NÚMERO DE LEITOS
I	81 – 100 %	20 – 80
II	61 – 80 %	20 – 80
	81 – 100 %	81 – 120
III	61 – 80%	81 – 120
	81 – 100 %	121 – 160
IV	61 – 80 %	121 – 160
	81 – 100 %	161 – 200
V	61 – 80 %	161 – 200
	81 – 100 %	201 – 240
VI	61 – 80 %	201 – 240
	81 – 100 %	241 – 400
VII	61 – 80 %	241 – 400
	81 – 100 %	Acima de 400
VIII	61 –80%	Acima de 400

Portaria SAS n.º. 77/02 incluiu na Tabela do SIH/SUS procedimentos constituindo o grupo 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV. Os procedimentos Tratamento Psiquiátrico em Hospital Classe I a VIII são utilizados pelos hospitais psiquiátricos, classificados em conformidade com a Portaria GM/MS 251/02. Para os hospitais que não conseguiram a classificação no 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV, o procedimento 63.001.56.0 – TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAIS NÃO CLASSIFICADOS DE ACORDO COM OS INDICADORES DE QUALIDADE AFERIDOS PELO PNASH – PSIQUIATRIA.

A Portaria GM/MS n° 52/04, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS agrupa os hospitais psiquiátricos por classes de acordo com o porte, (quadro abaixo), e estabelece limites máximos e mínimos de redução anual de leitos (expressos em módulos de 40 leitos), aplicável às diversas classes hospitalares em cada grupo.

Hospitais Psiquiátricos por Grupos de Classes e Limites de Redução

GRUPOS	CLASSES	N.º. LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	até 120	Não há	Não há
	II	121 – 160		
II	III	161 – 200	1 módulo	1 módulo
	IV	201 – 240		
III	V	241 – 280	1 módulo	2 módulos
	VI	281 – 320		
	VII	321 – 360		
IV	VIII	361 - 400	1 módulo	3 módulos
	IX	401 - 440		
	X	441 - 480		
	XI	481 - 520		
	XII	521 - 560		

GRUPOS	CLASSES	N.º. LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
	XIII	561 - 600		
V	XIV	acima de 600	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$

Os hospitais que não se classificaram pela Portaria GM/MS 52/04 também serão remunerados através do procedimento 63.001.56.0 – Tratamento Psiquiátrico em hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Psiquiatria. O quantitativo de AIH/mês corresponde a AIH inicial e AIH de continuação.

13.37.1 ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA – SAÚDE MENTAL

O hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (Portaria SNAS /MS n.º 224/92). 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.

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- 1 - Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas;
- 2 - Situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual.
- 3 - Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental;
- 4 - Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social.
- 5 - Recursos Humanos: 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).
- 6 - Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado.
- 7 - 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:

Os procedimentos realizados no hospital-dia são remunerados por AIH-1 para um máximo de 30 pacientes/dia. Será paga até 05 diárias, uma para cada dia útil da semana, no máximo 45 dias corridos, não cabendo emissão de AIH-5. Havendo necessidade de continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH - 1, mediante autorização do gestor. Somente podem ser efetuados registros dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as unidades previamente habilitadas. Na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deve ser registrado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento. A validade da AIH é de 45 dias. Não é permitida registro de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental.

11.37.2 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA HOSPITAL GERAL

Normalizado pela Portaria SNAS /MS n.º. 224/92, apresenta as seguintes formas de atendimento: Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos

socorros gerais devem funcionar diariamente durante 24 horas e deve contar com o apoio de leitos de internação para até 72 horas e com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo. Procedimento 63.000.00.8 - Diagnostico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.

Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátrica em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalares e de urgência. O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Os procedimentos psiquiátricos realizados em hospital geral são remunerados por AIH-1, para um máximo de 45 diárias, não cabendo emissão de AIH-5. Se não houver condição de alta o paciente deve ser transferido para hospital especializado em tratamento psiquiátrico. O código do procedimento é 63.001.10-1 e da especialidade é 5.

11.38 QUEIMADO

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

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

11.38.1 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM HOSPITAL GERAL

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

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

11.38.2 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS DE REFERENCIA

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

Grupo	Procedimento
38.114.05.4	38.048.14.0 – Pequeno Queimado
38.114.09.7	38.052.14.8 – Médio Queimado – Alta Complexidade
38.114.10.0	38.053.14.4 – Grande Queimado – Alta Complexidade

38.114.13.5	38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados
-------------	--

11.38.3 ATENDIMENTO DE QUEIMADOS EM CENTROS INTERMEDIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA

Podem ser realizados, em Centros Intermediários de Assistência à Queimado os seguintes grupos e procedimentos:

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

No procedimento 38.056.14.3 - Primeiro Atendimento de Médio e Grande Queimados, o limite de registro mensal é de 01 por AIH. Este procedimento somente deve ser autorizado quando do primeiro atendimento ao paciente queimado, ainda no serviço de urgência/emergência, ou seja, antes da transferência do paciente para a Unidade de Tratamento de Queimado do próprio hospital que prestou o primeiro atendimento, ou de outro Centro de Referência, quando então deve ser solicitada AIH de Grande ou médio queimado, dependendo do caso. Nos valores dos honorários profissionais e serviços hospitalares, estão incluídos os cuidados clínicos, cirúrgicos e os curativos do paciente.

O valor dos honorários e serviços hospitalares de debridamento cirúrgico, em qualquer fase, está incluído nos valores correspondentes aos respectivos atos e no valor de cada grupo, **exceção** aos centros de referência que podem registrar os procedimentos especiais. Os procedimentos especiais, abaixo discriminados, podem ser registrados no Campo Serviços Profissionais da AIH, em Centros de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade e Centros Intermediários de Assistência a Queimados para os seguintes procedimentos: 38.052.14.8, 38.053.14.4, 38.054.14.0, 38.055.14.7.

ANESTESIA

99.600.07.2 – Anestesia para Procedimentos em Queimados

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

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

DIÁRIA DE UTI DE QUEIMADOS

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

Para registro dos códigos 96.008.01.6, 96.008.02.4 e 96.008.03.2 é necessário que a unidade tenha leitos de UTI – Queimados cadastrados no SIH/SUS. (PT GM/MS n° 1274/00)

11.38.4 INTERCORRENCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO

O procedimento **99.600.15.3- INTERCORRÊNCIA DO PACIENTE MÉDIO E GRANDE QUEIMADO** pode ser registrado 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 respectivos procedimentos forem:

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

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

Caso seja necessário o uso de albumina humana e nutrição parenteral deve ser registrada 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 a Queimados, de acordo das normas específicas e nos limites e codificações constantes da Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS.

11.35. PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS

Os procedimentos para tratamento de pacientes sob cuidados prolongados somente podem ser realizados por hospitais previamente habilitados.

A sistemática adotada é a seguinte: O pagamento dos procedimentos de tratamento de pacientes sob cuidados prolongados na AIH - 1, é de no máximo 45 dias, desde que o 45º dia seja o último dia do mês. Havendo necessidade de prorrogação das internações, depois de vencidas as 45 diárias será utilizada a AIH-5, que levará o mesmo número da AIH - 1. A abertura da AIH –5 é sempre no primeiro dia do mês. Cada AIH-5 permite o registro de até 31 diárias, e não tem mais validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quantas necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente, não sendo permitido a emissão de AIH - 1, para continuidade de tratamento. Somente pode ser emitida nova AIH - 1 nos casos em que o paciente tenha alta hospitalar e a reinternação de longa permanência seja, no mínimo, 15 dias após internação anterior, exceto para o caso de tratamento cirúrgico. A autorização para emissão de AIH-5 deve ser solicitada pelo Diretor Clínico, mediante laudo médico, a cada 30 dias, que encaminhará ao Órgão Gestor, para avaliação por especialista que autoriza ou não a continuação da internação. Na eventual necessidade de tratamento cirúrgico, é permitida solicitação de nova AIH na especialidade respectiva, não sendo permitida AIH simultânea. No valor estipulado para atendimento de pacientes sob cuidados prolongados está previsto atendimento de intercorrências clínicas, não cabendo registros adicionais nos campos procedimentos especiais, serviços profissionais ou mudança de procedimento. O pagamento dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia das internações de longa permanência está desvinculado dos SH. Na AIH de longa permanência somente pode ser preenchida a primeira linha do campo Serviços Profissionais com o código do Procedimento realizado. O preenchimento de mais de uma linha tem como consequência a rejeição da AIH, exceto para registro de SADT. A data de início da internação constante da AIH-5 deve ser a da AIH - 1. A data de saída deve ser o último dia de cada mês, quando o paciente permanecer internado, ou a data da saída por alta, óbito ou transferência. Somente é permitida a internação após autorização do Órgão Emissor, sendo o caráter da internação 1 (eletivo).

Características do Paciente sob Cuidados Prolongados:

Paciente convaléscente – 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 período prolongado.

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

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

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

Para registro de procedimentos de Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados V – Enfermidade Oncológicas, é necessário que a unidade seja habilitada em alta complexidade em

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

A partir da competência outubro de 2006 os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de Cuidados prolongados pelo SIH/SUS.

11.36 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O registro das internações de tuberculose através de AIH é feito exclusivamente por intermédio dos códigos específicos com os diagnósticos principal e secundário, pela - CID/10ª Revisão. Somente os hospitais que tenham leitos cadastrados na especialidade Tisiologia, podem apresentar AIH com os seguintes procedimentos:

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

CID: A15 a A19, B90, G01 e G07

Tratamento da Tuberculose com lesões extensas (Portaria SAS n.º. 34/98)

Procedimento	Descrição	Procedimento	Descrição
74.300.46.6	Tuberculose Lesões Extensas	74.500.46.5	Tuberculose Lesões Extensas

O registro dos procedimentos **Tuberculose lesões extensas** é apresentada em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitida o registro de Permanência a Maior. Quando houver necessidade de continuidade da internação por mais de 30 dias, deve ser preenchido o campo Motivo de Registro com 2.1 (Permanência por características próprias da doença), constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH Posterior, sendo emitida nova AIH. O código da especialidade é 6 - Tisiologia.

11.37 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O registro das internações de hanseníase através de AIH é feito exclusivamente por intermédio dos códigos específicos com os diagnósticos principal e secundário, pela CID 10, conforme a Portaria GM n.º. 164/97:

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

CID: A30 e B92.

Tratamento da Hanseníase – Lesões Extensas

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

O registro dos procedimentos **Hanseníase – Lesões Extensas** é apresentado em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitida a registro de Permanência a Maior. Quando houver necessidade de continuidade da internação por mais de 30 dias, deve ser preenchido o campo Motivo de Registro com 2.1 (Permanência por características próprias da doença), constando em campo próprio, obrigatoriamente, o número da AIH Posterior, sendo emitida nova AIH. O código da especialidade é 3 – Clínica Médica.

11.38. TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO

Tem como objetivo o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando, por razões de natureza médica, o regime de internação for o mais adequado ao paciente, após avaliação de equipe multiprofissional. A Portaria SNAS/MS n.º. 303/92 estabeleceu as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar para tratamento de reabilitação. Para registro dos procedimentos Tratamento em Reabilitação na AIH o hospital deve ter leitos cadastrados na especialidade de reabilitação, e usar os códigos a seguir descritos:

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

O pagamento máximo é de 45 diárias por AIH. Em caso de necessidade do paciente continuar a internação, deve ser solicitada ao gestor nova AIH. Não é permitida mudança de procedimento em AIH de Reabilitação.

11.39 PEDIATRIA

No Campo Serviços Profissionais devem ser registrados os códigos dos procedimentos dos grupos: 74.100.01-7 - Enteroinfecção em Lactente e 76.100.01-4 Afecções Respiratórias da Criança, e não o código de Consulta Médica (25.001.01.9), pois estes grupos de procedimentos pagam por ato médico 33 pontos. O código 25.001.01-9 – Consulta Clínica é utilizado para registro das visitas médicas diárias e nos demais procedimentos clínicos.

11.40 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO

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

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

Estes códigos devm ser utilizados nos seguintes casos:

Em caso de alta a pedido ou transferência para outro hospital (motivo da registro que justifique a transferência), com período de internação igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas, o procedimento solicitado deverá obrigatoriamente ser mudado para Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento na especialidade correspondente. Diagnóstico não confirmado, com internação de curta permanência. Tratamento de patologia de rápida resolução não codificada na tabela. Internação para investigação diagnóstica. Em casos passíveis de tratamentos ambulatoriais, identificados pela auditoria. Não cabe Permanência a Maior em AIH emitida com o código do procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento. Não cabe mudança de procedimento em AIH de Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento.

11.41 TRATAMENTO CONSERVADOR (NEUROLOGIA)

Foram excluídos da tabela os procedimentos cirúrgicos de tratamento conservador códigos 40.200.00-0, 40.206.00-9, 40.207.005, 40.208.00-1e 40.209.00-8 e incluídos procedimentos clínicos para tratamento conservador de média e alta complexidade, conforme especificados na Portaria SAS n.º. 756/05:

Média Complexidade:

- 81.300.27-1 - Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio encefálico Grau Leve
- 81.300.28-0 - Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio encefálico Grau Médio.
- 81.500.26-2 - Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio encefálico Grau Leve
- 81.500.27-0 - Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio encefálico Grau Médio.
- 81.300.26-3 - Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
- 81.500.25-4 - Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral

Procedimentos clínicos de tratamento conservador de alta complexidade, e que só podem ser registrados na AIH quando realizados por serviço de Alta complexidade de Neurologia/Neurocirurgia habilitado em **Trauma e Anomalias do Desenvolvimento:**

81.300.29-8 - Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefalico Grave

81.500.28-9 - Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefalico Grave

81.300.30-1 - Tratamento Conservador do Traumatismo Raqui-medular

81.500.29-7 - Tratamento Conservador do Traumatismo Raqui-medular

81.300.31-0 - Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica

81.500.30-0 - Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica

Os procedimentos de códigos 81.300.27-1, 81.300.28-0, 81.300.31-0, 81.300.30-1, 81.300.29-8 e 81.300.26-3 são utilizados em pacientes na faixa etária de 0 a 12 anos. Os procedimentos de códigos 81.500.28-9, 81.500.25-4, 81.500.29-7, 81.500.27-0, 81.500.26-2, 81.500.27-0 e 81.500.30-0, são utilizados em pacientes na faixa de 13 a 99 anos. No Campo Serviços Profissionais, na primeira linha, devem ser registrados os códigos dos procedimentos de Tratamento Conservador incluídos pela Portaria SAS n.º 756/05, e não o código de Consulta Médica (25.001.01.9), tendo em vista que nesses procedimentos, os honorários do especialista são pagos pelo tratamento completo e não por consulta diária. A quantidade de atos deverá ser sempre igual a 01.

11.42 INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A internação domiciliar somente é 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 pode 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.

A publicação da Portaria GM/MS nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, estabelece as seguintes prioridades:

Condições prioritárias para a internação domiciliar

Idosos

Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas

Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e

Portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente

Registro de Internação Domiciliar:

É feita por meio de AIH com registro obrigatório das consultas médicas realizadas. Devem ser registrados no campo serviços profissionais o quantitativo dos dias utilizados no período do tratamento, não podendo ultrapassar o limite previsto para os procedimentos. A internação domiciliar não pode exceder 30 dias, exceto em caso de transferência para unidade hospitalar, quando será emitida nova AIH. Não é permitido o registro de Permanência a Maior. Quando houver necessidade de internação por período superior a 30 dias deve ser preenchido o Campo Motivo de Registro 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 podem realizar a internação domiciliar.

A partir da competência outubro de 2006, os gestores estaduais/municipais de saúde, são responsáveis pelo registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de Internação Domiciliar pelo SIH/SUS, conforme Portaria SAS nº 629, de 25 de agosto de 2006.

11.43 HOSPITAL DIA

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

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

- 1 - Centro Cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s);
- 2 - Centro de Esterilização e Desinfecção de Materiais e Instrumentos de acordo com normas vigentes;
- 3 - Condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução n.º 1.363/93 do CFM;
- 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.

11.43.1 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EM HOSPITAL DIA

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

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

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

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

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

O registro dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos é efetuado por meio de AIH. Somente podem ser efetuados registros de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas. Para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para registro em AIH deve ser registrado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: – Eletivo – Atendimento em regime de Hospital Dia; Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência – Atendimento em regime de Hospital Dia; Câmara de Compensação de Alta Complexidade – Atendimento em regime de Hospital Dia. Não é permitida registro de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

11.43.2. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA EM GERIATRIA

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- 1 - Possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação;
- 2 - Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados;
- 3 - Recursos Humanos: - 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica.

A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

Somente pode ser efetuado registro de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas. A AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico tem validade de 30 dias, devendo ser registrado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas. Caso a continuidade do tratamento seja necessária, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor. Não será permitido registro de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia – Geriátrico.

11.43.3. ATENDIMENTO EM REGIME DE HOSPITAL DIA - FIBROSE CÍSTICA

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento

- 1 Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias;
- 2 Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias;
- 3 Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial;
- 4 Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família.
- 5 Recursos Humanos: Pediatra; Pneumologista; Gastroenterologista; Cardiologista; Otorrinolaringologista; Fisioterapeuta; Enfermeiro; Psicólogo; Assistente social; Outros profissionais necessários à realização das atividades.

Formas de pagamento para os procedimentos realizados:

- 1 Somente pode ser efetuado registro 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 devem ser registrados o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizado no período de tratamento;
- 3 As diárias são 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 é permitido registro de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística.

11.44 TRANSPLANTES

Código	Procedimento
31.802.01.1	Transplante Renal Receptor - Doador Vivo
31.803.01.6	Transplante Renal Equipe Nefrológica - Doador Vivo
31.803.02.4	Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver – Equipe Nefrológica
31.805.01.9	Transplante Renal Receptor - Doador Cadáver
36.005.06.1	Transplante de Esclera
36.007.06.4	Transplante de Perióstio em Escleromalácia
36.010.02.2	Transplante de Córnea
36.015.02.4	Transplante de Córnea em Reoperações
36.016.02.0	Transplante de Córneas em Cirurgias Combinadas
36.018.02.3	Topoplastia do Transplante

Código	Procedimento
39.011.14.3	Transplante Tendinoso ao Nível do Joelho
46.800.01.8	Transplante de Coração
46.800.08.5	Transplante de Fígado
46.801.01.4	Transplante de Pulmão
46.804.01.3	Transplante Simultâneo de Pâncreas e Rim
46.805.01.0	Transplante de Pâncreas após Rim
46.806.01.6	Transplante de Pâncreas Isolado
46.813.01.2	Transplante de Medula Óssea – Autogênico
46.814.01.9	Transplante de Medula Óssea – Alogênico Aparentado
46.815.01.5	Transplante de Medula Óssea – Alogênico Não Aparentado
46.816.01.1	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Autogênico- Células Periféricas
46.817.01.8	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Células Periféricas
46.818.01.4	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
46.819.01.0	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Células Periféricas
46.820.01.9	Transplante de Células Progenitoras de Medula Óssea- Alogênico Não Aparentado- Sangue de Cordão Umbilical ou Placentário
46.827.01.3	Transplante de Fígado Receptor – Doador vivo
47.800.01.1	Retransplante de Coração
47.800.08.9	Retransplante de Fígado
47.801.01.8	Retransplante de Pulmão

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

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

11.44.1. BUSCA ATIVA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS

A retirada de órgãos para transplante está regulamentada pelo Decreto n.º 2268/98, pela Lei 9434/98, PT GM n.º 3.407/98 e PT GM n.º 92/01.

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

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

PARA REMUNERAÇÃO DA BUSCA ATIVA DE DOADOR DE ÓRGÃOS

O registro dos procedimentos dos grupos 62.100.00.9 e 62.101.00.5 pode ocorrer quando realizadas atividades de Busca Ativa de doador de órgãos e tecidos, em duas situações possíveis: doador em morte encefálica e doador -coração -parado. Em ambas as situações, ou seja, **doador em morte encefálica e doador-coração parado**, para efetuar o registro dos procedimentos, deve ser emitida

AIH em nome do doador e registrado 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 pode ser registrado 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 registro do procedimento relacionado a esta retirada, ocorrendo sua realização na mesma instituição hospitalar ou em outra, sendo que o cumprimento desta determinação é 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 é 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 n.º 1480/97 do CFM, são os abaixo:

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

Para efetuar o registro dos procedimentos dos Grupos 62.103.00.8 e 62.103.01.6, deve ser emitida AIH, em nome do doador e registrado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 62.001.00.0 - “Busca” e no campo “procedimentos especiais”, conforme a idade do doador, o código 62.003.01.1 ou o código 62.004.03.4, **sendo que estes dois códigos não podem ser registrados, concomitantemente, na mesma AIH.** Não são aceitos registros de outros procedimentos no Campo Procedimentos Especiais da AIH, além dos estabelecidos acima. Para efetuar o registro da realização de exames gráficos para o diagnóstico de morte encefálica, efetivamente realizado.

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
13 15	CNPJ CPF	99.800.11.0 EEG em Possível Doador de Órgãos e Tecidos (Detecção de Silêncio encefálico)	30	02
13 15	CNPJ CPF	99.800.13.6 Angiografia Cerebral (4 Vasos) em Possível Doador de Órgãos e Tecidos	30	02
13 15	CNPJ CPF	99.800.14.4 Eco Doppler Colorido Cerebral em Possível Doador de Órgãos e Tecidos	30	02

Para remuneração da manutenção do paciente em morte encefálica:

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
18	CNPJ Hospital	96.800.01.1 - Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos - Menor 2 Anos	21	02
18	CNPJ Hospital	96.800.03.8 - Diária UTI de Possível Doador de Órgãos e Tecidos- Maior de 2 Anos	21	01

Os procedimentos 96.800.01.1 e 96.800.03.8, **não podem ser registrados concomitantemente numa AIH.**

11.44.2 RETIRADA DE ÓRGÃOS

Para remuneração da manutenção hemodinâmica e retirada de órgãos:

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

a - Retirada de órgãos realizada no hospital em que foi realizada a busca ativa do doador, processada por equipe profissional deste mesmo hospital. Nesta hipótese, podem ser registrados 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. Podem ser registrados no campo serviços profissionais da AIH os seguintes códigos:

Tipo	CNPJ/ CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14 ou 30 17	CNPJ CPF	99.800.53.5 Manutenção Hemodinâmica em Possível Doador de Órgãos	31	01
14	CNPJ	99.800.15.2 Taxa de Sala Cir. e Materiais p/ Ret. de Órgãos p/ Transplante (1 Órgão ou Múltiplos)	22	01
14 ou 30 17	CNPJ CPF	99.800.35.7 - Coordenador de Sala Cirúrgica em Retirada de Órgãos (Um Órgão ou Múltiplos)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.21.7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.23.3 - Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.27.6 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim p/ Transplante (1º. Cirurgião) - (Cadáver)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.29.2 - Retirada Unilateral / Bilateral de Rim p/ Transplante (2º. Cirurgião) - (Cadáver)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.37.3 - Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.39.0 - Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	93.800.39.8 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Fígado (por litro)	31	01
1	CNPJ	93.800.41.0 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)	19	03
1	CNPJ	93.800.43.6 - Líquido de Preservação de Tecidos p/ Transplante de Córnea (20 ml)	19	02
1	CNPJ	93.800.45.2 - Líquido de Preservação de Órgãos p/ Transplante de Coração (1 litro)	19	03
1	CNPJ	93.800.47.9 - Líquido de Preservação de Órgão p/ Transplante de Pulmões - (1 litro)	19	04
1	CNPJ	93.800.49.5 - Líquido de Preservação de Órgãos p/ Transplante Pâncreas (por litro)	19	02

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

Na hipótese prevista na alínea “b”, o hospital em que ocorreu a busca ativa do doador e a retirada de órgãos é realizado por equipe profissional externa, que poderá registrar os procedimentos Código 99.800.15.2 - Taxa de Sala Cirúrgica e Materiais para Retirada de Órgãos para Transplante (Um Órgão ou Múltiplos). Se o hospital for o fornecedor dos líquidos de preservação de órgãos, poderá também registrar os procedimentos relativos a estes líquidos descritos acima, conforme os órgãos efetivamente retirados, registrando 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” devem ser emitidas tantas AIH quantos forem os procedimentos realizados, sendo que, quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado, 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) deve ser registrado o tipo de ato 42 para remuneração adicional de 50% do primeiro cirurgião. No caso de os líquidos de preservação ser fornecido pela equipe de retirada, seus respectivos códigos deve ser registrados nas respectivas AIH de retirada, observando-se a proibição de registro concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes.

Na hipótese prevista na alínea “c” devem 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, sendo que, quando a retirada de órgãos for realizada por equipe interestadual deve ser registrado, 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) deve ser registrado o tipo de ato 42 para remuneração adicional de 50% do primeiro cirurgião; no caso dos líquidos de preservação serem fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos, devem ser registrados na respectiva AIH de retirada, observando-se a proibição de registro concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIH das equipes, obedecendo às seguintes orientações:

Manutenção Hemodinâmica de doador e taxa de sala - deve ser emitida uma AIH (apenas uma, independentemente do número de órgãos retirados) em nome do doador, registrando 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 e 46.821.01.5 Manutenção Hemodinâmica de Doador para Retirada de Órgãos por equipe de hospital distinto daquele em que foi realizada a busca ativa do doador

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

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

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

TIPO	TIPO ATO	LIMITE UTILIZAÇÃO
14	22	01

Coordenador de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos - deve ser emitida uma AIH (apenas uma, independentemente do número de órgãos retirados) em nome do doador, registrando nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” o código 46.812.01.6 - “Coordenação de Sala Cirúrgica para

Retirada de Órgãos.” E no campo de “serviços profissionais” o código e 99.800.35.7 - “Coordenador de Sala Cirúrgica em Retirada de Órgãos (Um Órgão ou Múltiplos)”.

46.113.01.0 - Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos

46.812.01.6 - Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos

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

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

PARA RETIRADA DE CORAÇÃO PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 ou 30		99.800.19.5 - Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31, 37 ou 38	01
14, 17 ou 30		99.800.21.7 - Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.45.2 Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante Coração (1 l)	19	03

PARA RETIRADA DE PULMÕES PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 ou 30	CNPJ/CPF	99.800.23.3 – Retirada de Pulmões para Transplante (1º.Cirurg.)	31, 37, 38	01
14, 17 ou 30	CNPJ/CPF	99.800.25.0 - Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.47.9 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante Pulmões - (1 litro)	19	04

PARA RETIRADA UNILATERAL/BILATERAL DE RIM PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 ou 30	CNPJ/CPF	99.800.27.6 - Retirada Unil/ Bil de Rim p/ Transplante (1º. Cirurgião) - (Cadáver)	31 ou 38	01
14, 17 ou 30	CNPJ/CPF	99.800.29.2 - Retirada Unil/ Bil de Rim p/ Transplante (2º. Cirurgião) – (Cadáver)	31	01
1	CNPJ	93.800.41.0 - Líquido Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)	19	03

PARA RETIRADA DE PÂNCREAS PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.37.3 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31,37 ou 38	01
14, 17 OU 30	CNPJ CPF	99.800.39.0 – Retirada de Pâncreas para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.49.5 - Líquido Preservação Órgãos p/ Transplante Pâncreas (por litro)	19	02

PARA RETIRADA DE CÓRNEAS UNILATERAL/BILATERAL PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 ou 30	CNPJ / CPF	99.800.17.9 - Enucleação Unilateral ou Bilateral para Transplante	31	01
1	CNPJ	93.800.43.6 - Líquido de Preservação Tecidos para Transplante de Córnea (20 ml)	19	02

PARA RETIRADA DE FÍGADO PARA TRANSPLANTE

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

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
14, 17 ou 30	CNPJ CPF	99.800.31.4 - Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)	31,37ou 38	01
14,17 ou 30	CNPJ CPF	99.800.33.0 - Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01
1	CNPJ	93.800.39.8 - Líquido de Preservação Órgãos para transplante de Fígado (por litro)	19	04

11.44.3 INTERCORRÊNCIAS PÓS-TRANSPLANTE:

Para efetuar o registro dos procedimentos relativos à intercorrência pós-transplante, deve ser emitida AIH em nome do paciente e registrado nos campos “procedimento solicitado” e “realizado” da AIH, o código 47.810.01.7- “Intercorrência Pós Transplante” (do grupo 47108002) e as dosagens de medicamentos e os medicamentos propriamente ditos, efetivamente realizados, no campo “serviços profissionais”, conforme os respectivos códigos descritos abaixo. A AIH emitida para realização deste procedimento tem validade de 30 (trinta) dias, sendo que, decorrido este prazo e havendo necessidade de permanência do paciente em regime de internação, a AIH deve ser encerrada e solicitada emissão de nova. O limite de diárias utilizadas por AIH será registrado na 1ª linha do campo serviços profissionais.

Tipo	CNPJ/CPF	Procedimento	Tipo de Ato	Limite de utilização
13 ou	CNPJ Hosp.	99.801.01.9 - Dosagem de Ciclosporina	32	04

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

Os registros relativos 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 devem ser efetuadas pelo SIA-SUS.

11.44.4 ATENDIMENTO REGIME DE HOSP. DIA P/ INTERCORRÊNCIAS APÓS TRANSP. MEDULA ÓSSEA E OUTROS ÓRGÃOS HEMATOPOIÉTICOS

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de hospital dia em intercorrência 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; Quarto para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; Posto de enfermagem; sala com poltronas para administração de medicações.

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

4 – Procedimentos Diagnósticos:

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

11.44.4.1. AUTOGÊNICO

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

11.44.4.2. ALOGÊNICO APARENTADO:

O limite de registro por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida o registro de permanência a maior e diária de UTI. É, entretanto, permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrência pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, podem ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

11.44.4.3. ALOGÊNICO NÃO APARENTADO

O limite de registro por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida o registro de permanência a maior e diária de UTI. É, entretanto, permitido o registro dos medicamentos previstos para as intercorrência pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, podem ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante.

11.45 ONCOLOGIA

A Portaria GM n.º. 2.439/05, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção Oncológica composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia. As normas de classificação e credenciamentos de Unidades e Centros de Assistência e Autorização dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia estão definidas na Portaria SAS n.º. 741/05. Os procedimentos dos grupos, a seguir relacionados, constantes da Tabela do SIH/SUS que somente poderão ser registrados em hospitais habilitados para Alta Complexidade em Oncologia:

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
79.100.16.3	Tratamento Quimioterápico de Tumores Malignos	46.100.19.9	Cirurgia Oncológica VI
79.100.17.1	Tratamento Quimioterápico de Administração Continua (Infusão Venosa) I	46.100.22.9	Cirurgia Oncológica VII
79.100.18.0	Tratamento Quimioterápico de Administração Continua (Infusão Venosa) II	46.100.25.3	Cirurgia Oncológica VIII
79.100.19.8	Tratamento Quimioterápico de Leucemias	46.100.28.8	Cirurgia Oncológica IX
85.100.04.8	Internação para Tratamento Radioterápico	46.100.31.8	Cirurgia Oncológica X
85.100.15.3	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireóide I	46.100.34.2	Cirurgia Oncológica XI
85.100.16.1	Internação para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireóide II	46.100.35.0	Cirurgia Oncológica XII
85.100.17.0	Internação p/ Iodoterapia do Câncer Diferenciado Tireóide III	46.100.37.7	Cirurgia Oncológica XIII

Grupo	Descrição	Grupo	Descrição
46.100.04.0	Cirurgia Oncológica I	46.100.40.4	Cirurgia Oncológica XIV
46.100.07.5	Cirurgia Oncológica II	46.100.43.1	Cirurgia Oncológica XV
46.100.10.5	Cirurgia Oncológica III	46.100.46.6	Radioterapia Cirúrgica I
46.100.13.0	Cirurgia Oncológica IV	46.100.47.4	Radioterapia Cirúrgica II
46.100.16.4	Cirurgia Oncológica V		

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

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

Os procedimentos 85.300.82.9 e 85.500.83.6 - Internação para radioterapia externa (Cobaltoterapia ou Acelerador Linear) poderá ser realizada por hospitais habilitados ou não para alta complexidade – procedimento radioterápico deve ser registrado via APAC.

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

Os procedimentos 85.300.83.7 e 85.500.87.9 - Intercorrência Clínicas de Pacientes Oncológicos podem ser realizados por hospitais habilitados ou não para alta complexidade, devendo ser registrado como CID principal a neoplasia e como CID secundário o da patologia que gerou a internação. Os hospitais não habilitados para Alta Complexidade em Oncologia podem registrar somente os procedimentos dos grupos 85.100.13.7 – Internação para Tratamento Radioterápico e 85.100.14.5 – Intercorrências Clínicas em Paciente Oncológico. O registro dos procedimentos de Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados V – Enfermidades Oncológicas - 85.300.75-6 e 85.500.77.1 é necessário que a unidade seja habilitada para alta complexidade em câncer.

11.46 ASSISTENCIA CARDIOVASCULAR

Portaria GM n.º. 1.169/04 Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular e Centros de Referência de Alta Complexidade em Cardiovascular. As normas de classificação e credenciamento dos Serviços, Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular estão definidas na Portaria SAS/MS nº 210 de 15 de junho de 2004.

Incluídos na Tabela do SIH/SUS os grupos de procedimentos a seguir especificados, compostos por procedimentos para atendimento a pacientes portadores de patologias cardiovasculares (PT SAS/MS n.º210 e 513/04 e 123/05)

GRUPO: 48.110.00.0 - Cirurgia Cardiovascular
GRUPO: 48.120.00-6 - Cirurgia Vascular
GRUPO: 48.130.00-1 - Cardiologista Intervencionista
GRUPO: 48.140.00-7 - Cirurgia Endovascular
GRUPO: 48.150.00-2 – Eletrofisiologia
CRUPO: 77.100.03-4 – Insuficiência Cardíaca

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

Os procedimentos a seguir descritos podem ser realizados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, não sendo restrito apenas aos Centros de Referência. (Portaria 123/28.02.05)

Código	Procedimento
---------------	---------------------

48.030.12-0	Valvuloplastia Mitral Percutânea
48.030.13-9	Valvuloplastia Tricúspede Percutânea
48.020.38-9	Troca de Aorta Descendente, incluindo abdominal.
48.020.39-7	Aneurismectomia Toraco-Abdominal

Os procedimentos da Assistência Cardiovascular, a seguir especificados, são passíveis de registro com caráter de internação 2, para Hospitais de Referência em Atendimento de Urgência e Emergência.

Código	Descrição
48.010.01-4	Implante de marcapasso temporário transvenoso
48.010.02-2	Cardiografia
48.010.03-0	Cardiotomia corpo estranho
48.010.04-9	Pericardiocentese
48.010.05-7	Drenagem com Biópsia de Pericárdio
48.020.01-0	Trombectomia Venosa
48.020.02-8	Embolectomia Arterial
48.020.03-6	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Superior Unilateral
48.020.04-4	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Superior Bilateral
48.020.05-2	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Inferior Unilateral
48.020.06-0	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas De Membro Inferior Bilateral
48.020.07-9	Tratamento Cirúrgico Lesões Vasculares Traumáticas Da Região Cervical
48.020.10-9	Fasciotomia Para Descompressão
48.020.11-7	Debridamento De Úlcera Ou De Tecidos Desvitalizados
48.020.15-0	Aneurismectomia de Aorta abdominal infrarenal
48.020.16-8	Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas das Arterias Viscerais
48.020.17-6	Plastia Arterial com remendo, qualquer técnica
48.020.39-7	Aneurismectomia Toraco-Abdominal.
48.020.44-3	Tratamento Cirúrgico de Lesões Vasculares Traumáticas do Abdome
77.300.49-1	Contusão Miocárdica
77.500.49-0	Contusão Miocárdica
77.300.50-5	Ferimento Cardíaco Perfuro-cortante
77.500.50-4	Ferimento Cardíaco Perfuro-cortante

A realização de cada um dos procedimentos 48.020.15-0 - Aneurismectomia de Aorta abdominal infrarenal, 48.020.16-8 - Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas das Artérias Viscerais, 48.020.17-6 - Plastia Arterial com remendo, qualquer técnica e 48.020.39.7 - Aneurismectomia Toraco-Abdominal, não deverá ultrapassar o percentual de 30% (trinta por cento) do total das cirurgias realizadas. (PT SAS n.º 21/04)

Para os procedimentos de código 48.030.02-3; 48.040.21-5; 48.030.11-2; 48.030.08-2; 48.050.07-5 48.050.08-3; 48.050.10-5, 48.010.06-5 constantes do Anexo III da PT SAS/MS n.º210/04, fica estabelecido:

48.030.02-3 - Biópsia Endomiocárdica, deve ser realizada exclusivamente nos Estabelecimentos de Saúde habilitados para Transplantes Cardíacos, e não aceitará registro de permanência maior.

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

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

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

Os procedimentos Eletrofisiológicos Terapêuticos de códigos 48.050.07-5, 48.050.08-3 e 48.050.10-5, não deve exceder em conjunto, o percentual de 50% (cinquenta por cento) do total dos procedimentos eletrofisiológicos realizados.(PT SAS n.º 123/05)

48.010.06-5 - Correção da Persistência do Canal Arterial no recém-nascido, na situação de pacientes recém nascidos, internados em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, de hospitais gerais e/ou

materno-infantis, cuja faixa etária de zero a 30 dias, pode ser realizado também por cirurgião pediátrico com experiência em cirurgia torácica e/ou cirurgião cardiovascular.

O procedimento da assistência cardiovascular 48.020.43-5 - Colocação de Cateter Totalmente ou Semi Implantável pode ser realizado em regime de Hospital Dia, em consonância com as normas vigentes para habilitação para realização de procedimentos cirúrgicos em Hospital Dia. Esse procedimento (48.020.43-5) deve ser realizado nas situações de necessidade de acesso venoso central prolongado, tais como administração endovenosa de quimioterápicos, nutrição parenteral total de pacientes em unidades de tratamento intensivo, com síndrome do intestino curto.

Portaria SAS n.º 513/04, Altera a descrição e faixa etária da cardiovascular.

Estabelece a obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Marcapassos”, para os casos de implante de Marca passo Cardíaco Permanente, e do formulário “Registro Brasileiro de Cardioversores Desfibriladores Implantáveis”, para o caso de implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável, sendo que a 5ª via deve ficar arquivada no prontuário médico.

No caso de implante de *stent*, a obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Prótese de Sustentação Intraluminal Arterial,” sendo que a 5ª via deve ficar arquivada no prontuário médico.

11.47 EPILEPSIA

A Portaria SAS n.º. 756/05 que estabelece normas específicas para credenciamento e habilitação em Serviço de Assistência de Alta Complexidade de Investigação e Cirurgia da Epilepsia, inclui na tabela os procedimentos para atendimento aos portadores de epilepsia.

Os procedimentos de alta complexidade em epilepsia a seguir relacionados, só podem ser registrados na AIH quando realizados em Serviços de Assistência de Alta Complexidade de Investigação e Cirurgia da Epilepsia, instalados em um Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia, habilitado em **Investigação e Cirurgia da Epilepsia**:

40.204.12-0 – Microcirurgia p/ Ressecção Unilobar Extratemporal s/ Monitoramento Intraoperatório; 40.205.12-6- Microcirurgia para Lesionectomia sem Monitoramento Intraoperatório; 40.206.12-2 – Transecções Subpiais Múltiplas em Áreas Eloqüentes; 40.207.12-9 – Microcirurgia para Ressecção Unilobar Extratemporal com Monitoramento Intraoperatório; 40.208.12-5 - Microcirurgia para Lesionectomia com Monitoramento Intraoperatório; 40.209.12-1 – Microcirurgia para Lobectomia Temporal ou Amigdaló-Hipocampectomia e 40.210.12-0 – Microcirurgia para Ressecções Multilobares, Hemisferectomia ou Calosotomia. 40.201.12-0 – Exploração Diagnóstica pelo Video-EEG c/ ou s/ uso de Eletrodo Esfenoidal; 40.202.12-7 – Exploração Diag. Cirúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos Unilateral, Incluso Video-EEG; 40.203.12-3 – Exploração Dag Crúrgica p/ Implantação Eletrodos Invasivos Bilateral, incluso Video-EEG, e o Procedimento Especial 97.042.00-5 – Teste de Wada com Amital Sódico.

Os procedimentos clínicos para atendimento aos portadores de epilepsia a seguir descritos, são de média complexidade, não necessitando, portanto, que o estabelecimento seja habilitado para a realização dos mesmos: 81.300.21-2- Ajuste Medicamentoso de situações Neurológicas Aguzadas e 81.500.21-1 - Ajuste Medicamentoso de situações Neurológicas Aguzadas.

11.48 MALFORMAÇÕES/LÁBIO-PALATAIS E/OU ANOMALIAS CRÂNIO FACIAIS

Os procedimentos dos grupos, a seguir relacionados, constantes da Tabela do SIH/SUS somente podem ser registrados por hospitais habilitados para Alta Complexidade de Malformação/Lábio-Palatal são os seguintes:

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

Grupo	Descrição
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

11.49 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

A Portaria GM n.º 221/05 instituiu a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, por meio da organização de Redes Estadual e/ou Regional de atenção em alta complexidade em traumatologia-ortopedia, é formada por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia; e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia.

A Portaria SAS n.º 95/05, define as normas de credenciamento/habilitação das unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia e dos centros de referência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia. Os procedimentos de Ortopedia encontram-se relacionados nas Portarias SAS n.º 893/2002, 756, de 27/05, 765, 29/05

O procedimento código **39.000.01-0** - SEQUÊNCIAS DE COLUNA EM ORTOPEDIA teve sua descrição alterada para PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE COLUNA EM ORTOPEDIA E/OU NEUROCIRURGIA.

Os tratamentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia realizados por Neurocirurgião ou ortopedista/traumatologista deverão ser registrados com código **39.000.01-0 – Procedimentos sequenciais de coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia.**

Os procedimentos passíveis de registro com o 39.000.01-0 - Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, podem ser realizados exclusivamente conforme as concomitâncias dos procedimentos a seguir relacionados, considerando-se a sua realização no mesmo ato anestésico.

Na registro do procedimento 39.000.01-0 - Procedimentos Sequenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, podem ser registrados no campo procedimentos especiais da AIH:

a) um procedimento referente à Discetomias pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea.

b) um procedimento referente a Revisões de Artrodeses ou a Tratamentos Cirúrgicos de Pseudoartroses da coluna pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou um referente a retirada de enxertia óssea.

c) um procedimento referente a Ressecções Vertebrais pode ser associado a um procedimento referente a artrodese respectiva e/ou referente a retirada de enxertia óssea.

d) um procedimento referente a Ressecções de Tumores medulares, raquimedular extradural, intradural ou extramedular com ou sem técnica complementar, pode ser associado a um referente a artrodese respectiva e/ou um referente a retirada de enxertia óssea;

e) um procedimento referente à Descompressão Óssea pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva.

Na registro do procedimento 39.000.00-1 - Procedimentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia, poderão ainda ser registrados no campo procedimentos especiais da AIH o código 42.013.06-2 – Toracotomia e/ou Laparotomia para Procedimentos sobre a Coluna, quando houver necessidade técnica de acesso para a realização destas cirurgias, além do procedimento principal.

Na registro do procedimento 39.000.00-1 - Procedimentos sequenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia, os procedimentos realizados, no máximo em número de três, devem ser registrados no campo procedimentos especiais em ordem decrescente de complexidade e valores, pois são remunerados em percentuais diferentes, conforme tabela a seguir:

Código do Procedimento	Percentual Remunerado
1º procedimento	100%
2º procedimento	75%
3º procedimento	50%

11.50 NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

A Portaria GM n.º. 1.161/05 institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, formada por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia.

A Portaria SAS n.º 756/05 define as normas de classificação e credenciamento/habilitação de Unidade de Assistência de Alta complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, assim como apresenta:

Relação dos Procedimentos de Neurocirurgia e Neurologia Excluídos da Tabela Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, inclusive os especiais;

Relação dos Procedimentos de Neurocirurgia e Neurologia com Alteração de Descrição e de atributos da Tabela SIH/SUS, inclusive os especiais;

Relação dos Procedimentos de Neurocirurgia e Neurologia Incluídos na Tabela

SIH/SUS, para a assistência ao paciente neurológico e/ou neurocirúrgico, inclusive os especiais;

Tabela de Compatibilidade entre Procedimentos de Neurocirurgia e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), constantes da Tabela SIH/SUS, para a assistência ao paciente neurológico e/ou neurocirúrgico;

Compatibilização da tabela de serviço/classificação com CBO;

Relação dos Procedimentos Comuns a Ortopedia e a Neurocirurgia.

Foi excluído da tabela do SIH/SUS, o procedimento código 40.290.00-0 – Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia. Os tratamentos seqüenciais de coluna em ortopedia e/ou neurocirurgia realizados por Neurocirurgião ou ortopedista/traumatologista deverão ser registrados com código 39.000.01-0 – Procedimentos seqüenciais de coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia.

A forma de registro assim como os procedimentos que podem ser realizados com o código 39.000.01-0 encontram-se descritos no item TRAUMATO ORTOPEDIA, deste Manual.

Ficou definido pela Portaria SAS 765/05 que: Os procedimentos para o tratamento das lesões da junção crânio cervical, que necessitam de estabilização com o uso do halo cervical, não deverão exceder, em conjunto, o total de 10% (dez por cento) do total dos procedimentos de tratamento conservador do traumatismo da coluna cervical.

Os procedimentos de códigos 40.202.12-7 - e 40.203.12-3, respectivamente, Exploração diagnóstica cirúrgica para implantação eletrodos invasivos unilateral, incluso Video-EEG e Exploração diagnóstica cirúrgica para implantação eletrodos invasivos bilateral, incluso video-EEG, não deverão exceder, em conjunto, o total de 15% (quinze por cento) do total dos procedimentos de investigação diagnóstica da epilepsia realizados. Os procedimentos neuroendovasculares de maior complexidade, a seguir relacionados, não deverão exceder, em conjunto, o percentual de 10% (dez por cento) do total dos procedimentos neuroendovasculares realizados e relacionados ao tratamento de aneurismas cerebrais:

Código	Descrição do Procedimento
40.205.10-0	Embolização de aneurisma cerebral de 8 a 15 mm, com colo largo
40.206.10-6	Embolização de aneurismas cerebrais maiores que 15 mm com colo estreito
40.207.10-2	Embolização de aneurismas cerebrais maiores que 15 mm com colo largo

11.51 DISTÚRBIOS DO SONO – (POLISSONOGRRAFIA)

Os procedimentos de polissonografia, incluídos na pela Portaria SAS N.º 165/98, somente podem ser realizados por Hospitais Universitários habilitados 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.

11.52 GASTROPLASTIA

O procedimento e o material compatível constante nas tabelas de procedimentos e compatibilidade, somente podem ser realizados/registrados por hospital que esteja previamente cadastrado como Centro de Referência em Cirurgia Bariátrica.

As despesas decorrentes do tratamento cirúrgico de Obesidade Mórbida serão custeadas com recursos do FAEC e consideradas procedimento estratégico.

A compatibilidade entre o procedimento e o material é:

33.022.04-6 – Gastroplastia

93.481.37-3 – Carga para grampeador linear cortante para gastroplastia.
93.481.26-8 – Grampeador linear cortante.

As unidades que efetuarem a avaliação inicial e os Centros de Referência devem observar o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia, sendo obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas no protocolo, aprovado, na forma do anexo I da Portaria MS/GM-628/01.

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

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos a Gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva incluiu através da PT GM/MS 545/02, os procedimentos abaixo:

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

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

Os procedimentos do Grupo 38101041 podem ser registrados simultaneamente (no máximo 02) por AIH, quando as condições clínicas do paciente assim o permitirem. A AIH deverá Ter como Procedimento Solicitado e Realizado o código 38.000.00-8.

Os procedimentos realizados, devem ser registrados no Campo Procedimentos Especiais da AIH e também no Campo Serviços Profissionais. Sempre que for realizado qualquer procedimento dos Grupos 38101041 e 38101050, deve ser preenchido o formulário Indicação de Cirurgia Plástica Reparadora Pós Gastroplastia que obrigatoriamente fará parte do prontuário médico. Estabelece que, para registro desses procedimentos, deve ser registrado no campo "AIH Anterior" o n.º. da AIH referente à cirurgia de Gastroplastia realizada no paciente.

11.53 TRATAMENTO DA OSTEOGENESIS IMPERFECTA

Portaria GM/ n.º2305/01 aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da *osteogêneses imperfecta* com pamidronato dissódico no âmbito do SUS. O Protocolo deve ser observado na avaliação inicial dos pacientes, na indicação do procedimento clínico e na descrição da evolução do tratamento, daqueles pacientes a ele submetidos. Aprova a Ficha de inclusão de Pacientes ao Tratamento da Osteogenesis Imperfecta - TOI no SUS. É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas na Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI, pelas unidades que efetuarem a avaliação inicial e pelos Centros de Referência que realizarem o procedimento e o acompanhamento clínico dos pacientes. A Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI deverá constar do prontuário médico para fins de acompanhamento e auditoria. Estabelece que decorridos 06 (seis) meses do início do tratamento, o Centro de Referência deve, obrigatoriamente, enviar a Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI devidamente preenchida ao Ministério da Saúde/FIOCRUZ/Instituto Fernandes Figueira, para inserção no banco de dados de acompanhamento do TOI. O não cumprimento acarretará a desabilitação do Centro de Referência.

Normas para Cadastramento e Centros de Referência em Osteogenesis Imperfecta. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos e os procedimentos, abaixo descritos:

83.100.05.9 – Tratamento Clínico da Osteogenesis Imperfecta - TOI

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

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

No valor do procedimento estão incluídos os medicamentos, materiais, insumos e exames necessários para o tratamento. O procedimento acima mencionado, somente pode ser realizado/registrado por hospital que esteja previamente habilitado como Centro de Referência em Osteogenesis Imperfecta. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do FAEC, como procedimento estratégico.

11.54 LIPODISTROFIA

Incluídos na Tabela do SIH/SUS Procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. (PT GM n.º 2.582/04). Os procedimentos de lipodistrofia só podem ser realizados por serviços habilitados em conformidade com a portaria SAS 118/05. Estes Serviços devem estar cadastrados no CNES com o tipo de estabelecimento de saúde Hospital Geral ou Hospital Especializado. Para fins de habilitação, serão considerados, preferencialmente, os Hospitais Universitários e de Ensino, certificados de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.000, de 15 de abril de 2004, com processo de contratualização, concluído. Os procedimentos de lipodistrofia deverão ser submetidos à autorização prévia pelo gestor local correspondente, para serem realizados. Serão considerados critérios de indicação para realização dos referidos procedimentos todas as condições a seguir:

1. Paciente com diagnóstico de HIV/AIDS e lipodistrofia decorrente do uso de anti-retroviral e
2. Pacientes submetidos a terapia anti-retroviral por pelo menos 12 meses e
3. Pacientes que não responderam ou não podem ser submetidos a mudança da terapia ARV e
4. Pacientes clinicamente estáveis, ou seja, aqueles sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses e
5. Resultados clínico-laboratoriais
 - a) CD4 > 350 cels/mm³ (exceto para lipoatrofia facial)
 - b) Carga Viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos 6 meses (ou seja, sem variação de 0,5 log entre duas contagens)
 - c) Parâmetros clínico-laboratoriais que preencham os critérios necessários e suficientes de segurança para qualquer procedimento cirúrgico.

Há consenso quanto à falta de indicação ou contra-indicação dos tratamentos cirúrgicos para lipodistrofia associada à infecção pelo HIV/Aids nas condições a seguir:

1. Qualquer condição clínica ou co-morbidade descompensada nos últimos seis meses que confira aumento de risco ao procedimento.
2. Qualquer tratamento concomitante com anti-coagulantes, imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos .

11.55 TERAPIA NUTRICIONAL

Portaria GM n.º. 343/05, Institui mecanismos para a organização e implantação da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

A Portaria SAS/MS n.º 224/06 define as normas de classificação e habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral, inclui na tabela do SIH os procedimentos especiais de terapia nutricional a serem utilizados pelos Serviços habilitados. O valor do SH dos procedimentos da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional corresponde ao valor de todos os componentes, insumos, dietas, fórmulas, materiais especiais e todos os recursos humanos que forem necessários ao estabelecimento da terapia nutricional. Os procedimentos especiais da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional devem ser registrados no campo Serviços Profissionais da AIH, conforme a seguir:

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO ATO	LIMITE UTIL.
50	CNPJ	98.003.01-1	55	01
30,45,49,50	CNPJ ou CPF	98.003.02-0	55	01
50	CNPJ	98.301.01-2 Nutrição Enteral Pediátrica	55	Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 99.
50	CNPJ	98.302.01-9 - Nutrição Parenteral Pediátrico	55	Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 99.

30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.303.01-5	06 55	e	01
30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.303.02-3	06 55	e	01
50	CNPJ	98.401.01-7	55		Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 30.
50	CNPJ	98.402.01-3	55		Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 30
50	CNPJ	98.501.01-1 - Nutrição Enteral Adulto	55		Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 99.
50	CNPJ	98.502.01-8 - Nutrição Parenteral Adulto	55		Qdte utilizada, 01 por dia de internação, no limite de 99.
30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.503.01-4	55		01

Os procedimentos especiais 98.003.02-0 – Gastrostomia Endoscópica Percutânea, incluindo material; 98.303.01-5 – Gastrostomia Endoscópica Percutânea Pediátrica, incluindo material e sedação anestésica; 98.303.02-3– Cateterismo Veia Central em Pediatria, incluindo cateter de duplo lume e sedação anestésica, e 98.503.01-4 – Cateterismo Veia Central, Incluindo Cateter de Duplo Lumem, será necessário o seu registro tanto no campo Procedimentos Especiais quanto no campo Serviços Profissionais da AIH para que sejam gerados valores dos componentes Serviços Hospitalares e Serviços Profissionais.

12. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

12.1 TORACOTOMIA COM DRENAGEM FECHADA

Conforme definição encaminhada a CGSI/DRAC/SAS/MS junho de 2005 pelo Presidente da Sociedade de Cirurgia Torácica do Rio Grande do Sul, Toracotomia com Drenagem Fechada (contemplada na tabela do SIH/SUS com o código 42.008.06-9) é qualquer tipo de drenagem da cavidade torácica, realizada por um dreno torácico, independente do calibre sondas ou até equipe de soro.

11.2 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Define-se como uma cirurgia em que, após incisão ampla e exploração abdominal completa, não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso A Portaria MPAS/SSM n.º. 116/79.

12.3 PAGAMENTO DE CIRURGIA

Os valores atribuídos a cada procedimento, incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital, bem como os relacionados com os atos cirúrgicos realizados em ambulatório ou consultório.

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

12.4 CAMPO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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 ÓsteointegradoExtra Oral, Cirurgia do Ouvido IV, Hospital-Dia (Cirúrgico, Geriátrico, Fibrose Cística, acompanhamento após transplante, AIDS, Psiquiatria) e Internação Domiciliar.

12.5 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Toda AIH - AIH com agravos de notificação compulsória (ANC), identificada através da CID10, anexos I e II da Portaria Conjunta SAS/SVS n.º. 20/05, deverá ser avaliada pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar ou pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde.

As AIH com procedimento constante da Portaria 20, serão bloqueadas pelo SIHD, para análises do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Após o processamento o sistema emitirá um relatório com a relação das AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com a CID

correspondente e o respectivo autorizador. O relatório deverá ser disponibilizado para o Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) em âmbito hospitalar, da Secretaria Municipal de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde.

Após o processamento o sistema emitirá um relatório com a relação das AIH com ANC bloqueadas, assim como das AIH desbloqueadas com a CID correspondente e a identificação do respectivo autorizador.

12.6 DEMONSTRATIVO SOBRE O TRATAMENTO

Até a competência junho/02 a emissão pelos hospitais públicos, universitários, privados e filantrópicos era obrigatória e o seu modelo padronizado poderia ser obtido através de Programa SISAIH01 disponível na BBS/MS, conforme PT SAS/MS 74/94, revogada pela Portaria PT SAS/MS 448, de 0/02.

13. 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). 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. Os valores pagos aos auxílios cirúrgicos correspondem a 30% da quantidade de pontos do cirurgião para o 1º auxiliar e 20% para os demais auxiliares. A remuneração dos S.P. prestados por cada hospital é feita obedecendo a seguinte sistemática: Soma os valores em reais que correspondam aos S.P. registrados na AIH. Soma o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos realizados registrados na AIH. Obtém o valor do ponto dos S.P. por AIH, mediante a divisão do valor em reais dos S.P. pelo total de pontos dos Atos Médicos. Soma o número de pontos correspondentes aos atos profissionais, prestados por cada uma das pessoas física ou jurídica. Multiplica o valor do ponto dos S.P. pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor em reais, a ser pago. Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado S.P., correspondem à somatória dos valores encontrados em cada local de trabalho. Do valor assim obtido, serão deduzidos os descontos obrigatórios de lei. A remuneração dos SADT observa a mesma sistemática, porém o rateio é feito pela pontuação do hospital e não por AIH, como no caso de Serviços Profissionais. O pagamento de anestesia dos atos cirúrgicos não será por rateio, mas correspondem à 30% do valor de SP. O pagamento dos demais profissionais relacionados na AIH será através de rateio após o cálculo dos 30% do anestesista. A anestesia nas AIH de Partos e Queimados o pagamento é feito através de código próprio e também não sofre rateio.

EXEMPLOS:

1) Valor do Ponto Profissional é igual:

Valor dos Serviços Profissionais da AIH em Reais menos 30% caso haja registro de anestesia dividido pela soma n.º de pontos Serviços Profissionais da AIH

2) Valor do Ponto de SADT é igual:

Valor dos Serviços de SADT do Hospital em Reais dividido pela soma de número de pontos de SADT do Hospital

3) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

N.º de pontos acumulados por profissional na AIH X Valor do Ponto S.P da AIH

4) Valor a ser recebido pelo SADT é igual:

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

A seguir, um exemplo detalhado de como encontrar o valor de cada participante de um ato cirúrgico com anestesia:

No Hospital X realizou-se o procedimento **40.241.01.7– Microcirurgia Cerebral Endoscópica** constante na tabela SIH – valor de SP = R\$ 833,00 - quantidade de Pontos = 1800.

Considerando que no campo Ato Médico da AIH foi registrado somente este ato, e que para sua realização foram necessários: um cirurgião, dois auxiliares, um anestesista:

Cálculo para apuração dos valores do anestesista:

Conforme legislação, o anestesista não recebe por rateio, e sim 30% do valor do SP do procedimento cirúrgico.

$30\% \text{ de } 833,00 = \text{R\$ } 249,90$
 $\text{R\$ } 833,00 - 249,90 = 583,10$

Ficando R\$ 583,10 para ratear com os demais profissionais cujo CPF/CNPJ foram registrados na AIH. Cálculo da quantidade pontos de cada participante (exceto para o anestesista que não tem pontos)

Cirurgião = 1800 (a mesma quantidade de ponto de Ato Médico do procedimento, constante na tabela)

1º auxiliar = 540 (correspondentes a 30% de 1800 pontos do cirurgião)

2º auxiliar = 360 (correspondentes a 20% de 1800 pontos do Cirurgião)

Somam-se os pontos calculados para cada participante totalizando **2.700 pontos**

O valor do ponto será calculado da seguinte forma:

Valor do SP menos valor do anestesista dividido pelo total de pontos encontrados.

R\$ 583,10 / 2.700 = 0,21596

Valor do ponto = 0,21596

Calculo para apuração do valor de cada participante

Multiplica-se o valor do ponto pela quantidade de ponto de cada participante

Cirurgião = 0,21596 * 1800 = R\$ 388,73

1º auxiliar = 0,21596 * 540 = R\$ 116,62

2º auxiliar = 0,21596 * 360 = R\$ 77,75

14. PRONTUÁRIO MÉDICO

O preenchimento do prontuário médico é obrigatório. Todos os documentos constantes do Prontuário Médico devem estar adequados e corretamente preenchidos, em letra legível, devidamente assinados e carimbados. Esta norma vale para todos os documentos abaixo relacionados, cujo conjunto é a composição mínima exigida para um correto Prontuário Médico.

Composição mínima:

Ficha de identificação e anamnese do paciente;

Registro Gráfico de Sinais Vitais;

Ficha de Evolução/Prescrição Médica;

Ficha de Evolução de Enfermagem;

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

Ficha para registro de resumo de alta;

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

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

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

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 - 1, assim como o espelho definitivo da AIH (cópia da AIH emitida em disquete, enviada para processamento), devidamente assinada pelo Diretor Clínico ou Diretor Técnico ou Diretor Geral.

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

Todo prontuário médico deverá ser arquivado no mínimo por **20 anos**, a partir do último registro, com relação a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Findo este prazo, os originais podem ser substituídos por métodos de registro, capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas – **Resolução do CFM 1.639/02**.

15. LEGISLAÇÃO IMPORTANTE

Lei n.º 8.069, de 13/07/1990 – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, estabelece:

Art. 10 – Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: I – manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de 18 (dezoito) anos; Art. 228. Deixar o encarregado de serviço ou o dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante de manter registro das atividades desenvolvidas, na forma e prazo referidos no art. 10 desta Lei, bem como de fornecer à parturiente ou a seu responsável, por ocasião da alta médica, declaração de nascimento, onde constem as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato: Pena – detenção de seis meses a dois anos. Parágrafo único. Se o crime é culposo: Pena – detenção de dois a seis meses, ou multa.

RESOLUÇÃO N.º 1.466, de 13/9/96 – DO 181, de 17/9/96 - Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria.

RESOLUÇÃO N.º 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002 – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

RESOLUÇÃO N.º 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002 – Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências.

16. ACOMODAÇÃO

Conforme disposto na Portaria SAS n.º 113/97 que regula os internamentos dos pacientes nas unidades do SUS, a emissão da AIH - AIH garantirá o internamento em enfermaria, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos e assegurará o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde e publicados no Diário Oficial.

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 registro ao paciente ou seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, cabe à Unidade Assistencial proceder à internação do paciente em acomodações especiais, até que ocorra vaga em leito de enfermarias, sem registro adicional, a qualquer título.

17. MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH

1	VERSAO ERRADA DO SISAIH01
2	AIH COM MAIS DE 84 ATOS PROFISSIONAIS
4	NUMERO DA AIH FORA DA SERIE DISTRIBUIDA
5	CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ERRADO
6	ESP DO PROCED SOLICIT DIF 21 E/OU < 31
7	PROCEDIMENTO SOLICITADO ERRADO
8	FALTA CPF DO AUTORIZADOR
10	CPF DO MEDICO AUTORIZADOR ERRADO
11	ESP PROC AUTORIZ DIF 21 OU < 31
12	PROCED NAO PODE SER REGISTRADO NO CPO MED AUDIT
13	COBRANCA INDEVIDA DE FATOR COAGULACAO
14	DIARIA RN PARA PROCED DIFERENTE DE PARTO
15	DIARIA RN INCOMPATIVEL COM DIAG SECUNDARIO
16	AIH INICIAL SEM AIH DE CONTINUACAO
17	AIH DE CONTINUACAO SEM AIH INICIAL
18	AIH DE IDENTIFICACAO 5 COM CONTINUACAO
19	AIH DE IDENT 5 PARA ESP DIFER DE PS/PFT
20	IDENTIFICACAO DIFER DE 1, E 5
21	FALTA CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
22	NUM DE DIARIAS RN SUPERIOR AO PERMITIDO
23	MUDANCA DE PROCEDIMENTO NAO EFETUADA

24	ESTE CODIGO NAO PODE MUDAR PROCEDIMENTO
25	PROCED AUTORIZ INCOMPATIVEL C/REALIZ /ERRADA
26	NUM APLIC NUT PARENTERAL > DIAS INTER
27	NUM APLIC QUIMIOTERAPIA > DIAS INTER
28	LIM CICLOSPORINA SUPERIOR PERMITIDO
29	LIM QUIMIOTERAPIA SUPERIOR PERMITIDO
30	AIDS SO PERMITE A COBRANCA DE 4 GRUPOS
31	TOTAL DE DIAS DE UTI/UI ACIMA DO PERMITIDO
32	TOTAL DE DIAS DE UTI ERRADO
33	TOT UTI + ACOMP > QUE PERIODO DE INTERNACAO
34	COBRANCA DE UTI/UI INDEVIDA
35	ESPECIALID 5 NAO PERMITE COBRANCA DE UTI/UI
36	ACOMP INCOMPATIVEL COM ESPECIALIDADE
37	DIARIA DE ACOMP/IDOSO > TEMPO DE INTERNACAO
38	CPF DO AUTORIZADOR UTI/ACOMP ERRADO
39	TMO NAO PERMITE COBRANCA: CAMPO MED AUDIT/UI
40	AIH INICIAL S/COBRANCA DE SERVICOS PROF
41	PSIQUIATRIA NAO PERMITE OPM
42	TIPO DO PROFISSIONAL INCOMP COM ESPECIALIDADE
43	PROC NAO PERMITE COBRANCA DE OPM/HEMOTERAPIA
44	FALTA CPF/CGC DO PROFISSIONAL
45	CPF/CGC DO PROFISSIONAL ERRADO
46	SO HOSP PODE REGISTRAR ESTE TIPO
47	PROFISSIONAL NAO CADASTRADO
48	CGC NAO E FORNECEDOR DE OPM
49	CGC NAO E BANCO DE SANGUE
50	CGC DO PROFISSIONAL INCOMPATIVEL COM ATO
51	CARACTER DE INTERNACAO ERRADO
52	FALTA ATO PROFISSIONAL
53	ATO PROFISSIONAL ERRADO
54	ATO PROF DE PEDIATRIA EFETUADA EM ADULTO
55	CODIGO NAO PODE SER ATO PROFISSIONAL
56	PSIQUIATRIA SO PODE ATO GRUPO 63
57	ESP 4 SO COM CODIGO PROPRIO/CONSULTA
58	TIPO INCOMPATIVEL ATO PROFISSIONAL (OPM)
59	ATO PROFISSIONAL INCOMPATIVEL COM TIPO
60	DATA DA EMISSAO ERRADA
61	NUMERO DE LINHAS PREENCH DIFER LINHAS DIGIT
62	TIPO DO ATO INCOMP PARA PESSOA JURIDICA
63	TIPO DO ATO ERRADO
64	TIPO DO ATO INCOMPATIVEL COM ATO PROFISSIONAL
65	ESP 4 E 5 SO PODEM TIPO ATO 07
66	PROF 4 SO PODE TIPO ATO MENOR 08
67	TIPO ATO INCOMPATIVEL COM TIPO
68	QUANTIDADE ATO ERRADO
69	SERV PROFISSIONAL COM CAMPO ZERADO
70	FALTA CPF DIRETOR CLINICO

71	UTI/UI MES INICIAL ERRADO
72	PROCEDIMENTO REALIZADO ERRADO
73	PROCED REALIZADO DIFERENTE DO SOLICIT/AUTORIZ
74	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/ESPECIALIDADE
75	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/IDADE
76	TRAT AIDS SO COM CODIGO 70.000.00-0
77	DATA DA INTERNACAO ERRADA
78	DATA DA INTERNACAO > DATA DA SAIDA
79	DATA DA INTERNACAO ANTERIOR A DATA DE NASCIM
81	DATA DA SAIDA ERRADA
82	DATA DA SAIDA > DATA APRESENTACAO
83	PERMANENCIA MEIO DE MES EM ESP 4 OU 5
84	TEMPO DE PERMANENCIA MAIOR QUE PERMITIDO
85	FALTA DIAGNOSTICO PRINCIPAL
86	DIAGNOSTICO PRINCIPAL ERRADO
87	COBRANCA ERRADA
88	COBRANCA DE PERMANENCIA EM OBST / CAPS
89	COBRANCA DE PERM POR PERIODO < 20 DIAS
90	VERSAO ERRADA DO PROGRAMA DE ENTRADA
91	VERSAO ERRADA DO PROGRAMA DE CONVERSAO
92	VERSAO ERRADA DO PROGR DE ENTRADA/CONVERSAO
93	TEMPO MAIOR QUE PERMITIDO NA AIH 1 ESP 4/5
94	ESPECIALIDADE ERRADA
95	COBRANCA INDEVIDA DIARIA DE RECEM NATO
96	PERM A MAIOR SUPERIOR AO PERMITIDO
97	PROCEDIMENTO AUTORIZADO NAO CADASTRADO
98	UTI/UI MES ANTERIOR ERRADO
99	COBRANCA INDEVIDA DE PERM MAIOR
100	COBRANCA UTI/UI INDEVIDA: HOSPITAL SEM LEITOS
102	COBROU DIARIA ACOMP P/HOSP NAO FILANTR/CONTR
103	TEMPO PERMANENCIA MAIOR QUE PERMITIDO - TMO
104	PROCED REALIZADO NAO CONSTA TABELA PROCED
105	ATO PROFISSIONAL NAO CADASTRADO
106	HOSPITAL NAO CADASTRADO
107	HOSPITAL BLOQUEADO
108	HOSPITAL EXCLUIDO
109	UTI/UI MES ALTA ERRADO
110	HOSPITAL NAO CADASTRADO NA ESPECIALIDADE
111	TRANSPLANTE RENAL PARA HOSP NAO CADASTRADO
112	HOSPITAL NAO HABILITADO EM-TMO
113	HOSPITAL NAO HABILITADO EM -CANCER
115	HOSPITAL NAO HABILITADO EM-AIDS
116	TIPO ERRADO
117	NATUREZA DO HOSPITAL ERRADA
118	LONGA PERMANENCIA P/AIH1 NAO APRESENTADA
119	AIH PAGA EM OUTRO PROCESS. E/OU FORA DE FAIXA
120	CGC HOSPITAL DA AIH1 DIFERENTE CGC AIH5

121	ESPECIALIDADE DA AIH 5 DIFERENTE DA AIH 1
122	DATA DA INTERNACAO DA AIH 5 DIFER DA AIH 1
123	COBRANCA INDEVIDA DE LONGA PERMANENCIA
124	TAXA DE OCUPACAO DE UTI > LIMITE
125	COD OPM/ATO PROF NAO CADASTRADO
126	MATERIAL INCOMPATIVEL COM PROCED REALIZADO
127	HABILITAÇÃO-CARDIOVASCULAR INCOMPATIVEL
128	HABILITAÇÃO-ORTOPEDICO INCOMPATIVEL
129	QUANTIDADE MATERIAL SUPERIOR AO PERMITIDO
130	AIH PAGA NESTE PROCESSAMENTO
131	DIAGNOSTICO SECUNDARIO ERRADO
132	PROCED ESP. EXCEDE LIM. - CPO. MED. AUDITOR
133	CIRURGIA MULTIPLA - COBRANCA INDEVIDA
134	ESTUDO ELETROFISIOLOGICO NAO AUTORIZADO
135	HOSPITAL NAO E TIPO IX (PSQ)
136	IMPLANTE DENTARIO NAO AUTORIZADO
137	NUM DIARIAS SUPERIOR CAPACIDADE INSTALADA
138	USO INDEVIDO DE MATERIAL (OPM)
139	HOSP PUB/HUE NAO PODE REGISTRAR TIPO 7/8
140	DATA SAIDA > COMPETENCIA DO PROCESSAMENTO
141	HOSP PUB/HUE NAO PODE TER TIPO 7/8
142	PSQ HOSP/DIA GERAL, CAPS NAO PERMITEM AIH 5
143	HOSP NAO CAD. PSQ IV
144	HOSP NAO CAD. P/ PROCED LABIO-PALATAIS
145	HOSP SEM AUTORIZACAO P/ REALIZAR PROCED
146	HOSP NAO HABILITADO PARA TRANSP FIGADO
147	HOSP NAO HABILITADO PARA TRANSP PULMAO
148	HOSP NAO HABILITADO PARA TRANSP CORACAO
149	DIAGNOSTICO SECUNDARIO ERRADO
150	PROCEDIMENTO EXIGE HABILITAÇÃO
151	PSQ/FPT NAO ADMITE PERM MAIOR
152	PROCED INCOMPATIVEL COM TIPO DA HABILITAÇÃO - CARDIOVASCULAR
153	ESP/PROCED NAO PERMITE COBR CPO MED AUDITOR
154	TRATAMENTO EPILEPSIA SO PERMITE TIPO 3/4
155	EPILEPSIA NAO PERMITE UTI/UI/SANGUE/OPM/CMA
156	HOSP. NAO HABILITADO EM EPILEPSIA
157	PROCED SOLICITADO NAO PERMITE MUDANCA DE PROC
158	COBRANCA DE UTI INDEVIDA
159	CPF DO DIRETOR CLINICO ERRADO
160	FALTA PROCEDIMENTO REALIZADO
161	DATA DA INTER SUPERIOR A 15 DIAS DA EMIS
162	QTD ATOS > TEMPO DE INTERNACAO - HOSP DIA
163	AIH SO PERMITE COBRANCA DE REABILIT. VISUAL
164	ATO PROFISSIONAL NAO E DE HOSP. DIA
165	FALTA PROC AUT P/31000002/39000001/70000000
166	ESPEC SO PERMITE TIPO ATO=7 OU 19
167	ATO PROF DIFERENTE DO REALIZ/AUTORIZ

168	NOTA FISCAL OPM NAO INFORMADA
169	COBRANCA DE OPM P/CGC DIF DO HOSPITAL
170	TOTAL DE UTI+UI MAIOR QUE PERIODO DE INTERN
171	COBRANCA DE ATEND RECEM-NATO P/ COD DIF PARTO
172	HOSPITAL PERTENCE MUNICIPIO EM GESTAO PLENA
173	PROFISSIONAL BLOQUEADO
174	PROCED REALIZ/AUTORIZ INCOMP C/SEXO
175	AIH BLOQUEADA PELO GESTOR DO SUS
176	AIH C/ VALOR IGUAL ZERO - PORTARIA 38 DE 17/5
177	HOSPITAL C/ CEP OU UF OU MUNICIPIO INVALIDO
178	AIH SEM LANC SP NOS ATOS PROF
179	TEMPO PERM INCOMPATIVEL C/ PROCED REALIZADO
180	DIAG PRINCIPAL (CID) INCOMPATIVEL C/ SEXO
181	ATO CLINICO DIFERENTE DE CONSULTA
182	MESMO CPF P/ CIRURG/ANEST/AUX CIRURG
183	MESMO CPF P/ MAIS DE UM AUXILIO CIRURGICO
184	CIRURGIA - QTDE ATOS PROF MAIOR QUE PERMITIDO
185	CIR MULT/POLI NAO LANCADO NOS ATOS MEDICOS
186	PROCED REALIZADO INCOMPATIVEL C/ ATO MEDICO
187	ALTA NAO PODE SER DADA DIRETO DA UTI
188	PROC REALIZADO INCOMPATIVEL C/ FAIXA ETARIA
189	HOSP NAO PERTENCE MUNICIPIO EM GESTAO PLENA
190	HOSP NAO HABILITADO EM -ORTO COLUNA
191	HOSP NAO HABILITADO EM -ORTO QUADRIL
192	HOSP NAO HABILITADO EM -ORTO JOELHO
193	HOSP NAO HABILITADO EM-ORTO MAO
194	HOSP NAO HABILITADO EM -ORTO OMBRO
195	HOSP NAO HABILITADO EM -ORTO TUM OSSEO
196	HOSP NAO E AMIGO DA CRIANCA
197	HABILITAÇÃO CANCER INCOMPATIVEL C/ MATERIAL
198	TIPO INVALIDO
199	DATA DE EMISSAO INVALIDA
200	HOSPITAL PERTENCE ESTADO EM GESTAO PLENA
201	HOSP NAO PERTENCE ESTADO EM GESTAO PLENA
202	QUANTIDADE DO ATO SUPERIOR AO LIMITE
203	ESTADO PAC. = ESTADO HOSP -ALTA COMPLEX
204	COBRANCA UTI/UI MES INIC < INTERNACAO
205	COBRANCA UTI/UI MES ANT < INTERNACAO
206	COBRANCA UTI NOVA DE FORMA INDEVIDA
207	PROCEDIMENTO REPETIDO NO CAMPO MED AUD
208	PROCED NAO ESTA NA LISTA ALTA COMPLEX
209	HOSP NAO AUTORIZADO P/ REGISTRAR URG/EMERG
210	PROCED NAO AUTORIZ P/ REGISTRAR URG/EMERG
211	MEDICAMENTO REGISTRADO DE FORMA INDEVIDA
212	COBR INDEVIDA DE DIARIA ACOMP P/ IDOSO
213	DIARIA ACOMP IDOSO: PACIENTE < 60 ANOS
214	HOSP NAO RECADASTRADO P/ FCES

215	COD 31803016 INCOMP COM PROCED REALIZ.
216	HOSP PUB/HUE NAO PODE REGISTRAR OPM P/ TERCEIROS
217	PACIENTE > 1 ANO NAO PODE REGISTRAR UTI-NEO
218	TAXA DE OCUPACAO DE LEITOS DE UI > LIMITE
219	CEP PACIENTE NAO PODE SER GENERICO
220	ALTA ANTERIOR A 6 MESES DO PROCESSAMENTO
221	VERSAO DO SGAIH ERRADA
223	AIH DE HOMONIMO BLOQUEADA PELO GESTOR
224	PARTO C/ CPO INSCRICAO PRENATAL ZERADO
225	AIH FORA DA FAIXA DO ESTADO
226	MATERIAIS DE OPM EXCLUDENTES
227	INCENTIVO REG CIVIL NASC SEM CERTIDAO
228	HOSP/MANT SEM CONTA CORR E/OU AG BANC (CNES)
229	MANTENEDORA NAO CADASTRADA (CNES)
230	HOSP/MANT C/ CONTA E/OU AGENC INVALIDA (CNES)
231	MANT C/ UF, MUNICIPIO OU CEP EM BRANCO(CNES)
232	TERC C/ MUNICIPO/UF/CEP EM BRANCO (CNES)
233	TERC C/ AG BANC/CONTA CORR INVALIDA
234	NATUREZA MOVIMENTO DIFERENTE DA DO CADASTRO
235	PROCEDIMENTO INCOMP C/ CARATER INTERNACAO
236	AIH BLOQUEADA POR AUTORIZADOR NAO CADASTRADO

18. ESTRUTURAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SIH/SUS

A Tabela de Procedimentos do SIH/SUS - É composta de códigos, divididos em duas partes.

O código básico é estruturado com 08 dígitos, sendo um deles o dígito verificador.

O código básico é subdividido da seguinte forma:

XX.YYY.ZZ-D

XX => indica a especialidade

YYY => indica o procedimento

ZZ => indica o órgão ou região anatômica no caso de procedimento cirúrgico e seqüencial no caso de procedimento clínico

D => dígito verificador

Exemplos:

34001050 OOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL

34 - Cirurgia ginecológica

001- OOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL

04 - Ovário (órgão)

0 - Dígito verificador

39002071 ARTRODESE DO COTOVELO

39 - Ortopedia e Traumatologia (Cirurgia)

002 - ARTRODESE

07 - Cotovelo (região anatômica)

1 Dígito Verificador

O terceiro dígito do código básico indica o seguinte:

31.103.05-7	1- grupo	cirurgia de Bexiga V
40.203.01-8	2- Proc em serv especializado de neurocirurgia	Cranioplastia
74.300.27-0	3- procedimento em criança	Enteroinfecção em Pediatria
76.400.27-1	4- procedimento em lactente	Enteroinfecção em Lactente
74.500.25-2	5-procedimento em adulto	Enteroinfecção 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

19. Tabela de Procedimentos Especiais

(92.yyy.zz.d a 99.yyy.zz.d)

Os códigos de identificação dos procedimentos, componentes e diárias especiais 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, devendo ser registrados os códigos diferentes de acordo com o quantitativo de uso/utilização respeitado o limite máximo para cada procedimento. Esta sistemática de codificação (**terceiro segmento**), não é utilizada para todos os demais procedimentos especiais (92 a 99) registrados no Campo Serviços Profissionais da AIH.

O quarto segmento é o dígito verificador.

20. DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO é a ação (processo) executada pelo profissional de saúde.

Pode ser: Exemplo

CLÍNICO (tratamento de hepatite)

CIRÚRGICO - (gastrectomia)

DIAGNÓSTICO - (RX de tórax)

TERAPÊUTICO - (transusão de sangue)

O PROCEDIMENTO pode ser dividido em um ou mais atos profissionais.

Exemplo:

PROCEDIMENTO	ATOS
Apendicectomia	Cirurgia, Auxílio, Anestesia, Hemograma, Consulta, Urina Sumário.

21. COMPATIBILIDADE CID X PROCEDIMENTO

Na Portaria SAS/MS 579/01, foi aprovada a Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal informado, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 O SISAIH01 – programa de entrada de dados do Datasus faz a crítica quanto à compatibilidade entre procedimento e a CID 10.

22. AUDITORIA

Devido a importância do assunto reproduzimos a **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.614/2001, 08/02/01**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria do ato médico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

CONSIDERANDO que a auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

CONSIDERANDO que o médico investido da função de auditor encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica, em especial o constante nos artigos 8º, 16, 19, 81, 108, 118 e 121;

CONSIDERANDO o disposto no Decreto n.º 20.931/32;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária de 8 de fevereiro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - O médico, no exercício de auditoria, deverá estar regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado.

Art. 2º - As empresas de auditoria médica e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 3º - Na função de auditor, o médico deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Art. 4º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5º - O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao médico/equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessário.

Art. 6º - O médico, na função de auditor, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

Parágrafo 1º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

Parágrafo 2º - O médico, na função de auditor, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

Parágrafo 3º - Poderá o médico na função de auditor solicitar por escrito, ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Parágrafo 4º - Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

Parágrafo 2º - O médico assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3º - O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou representante legal e/ou do seu médico assistente.

Art. 8º - É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente.

Art. 9º - O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Art. 10 - O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a quebra do sigilo médico.

Parágrafo único - É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 11 - Não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica.

Art. 12 - É vedado ao médico, na função de auditor, propor ou intermediar acordos entre as partes contratante e prestadora que visem restrições ou limitações ao exercício da Medicina, bem como aspectos pecuniários.

Art. 13 - O médico, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 14 - Esta resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, e não apenas àquelas no âmbito do SUS.

Art. 15 - Fica revogada a Resolução CFM n.º. 1.466/96.

Art. 16 – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

23. TIPO DE PRESTADOR

Portaria SAS/MS n.º. 176/03 altera o tipo de prestador/natureza de estabelecimento de saúde cadastro nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS), na forma a seguir descrita, a fim de adequar as normas vigentes da Receita Federal, e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

FCA		FCES			
cód	Tipo Prestador / Natureza	cód	Esfera	cód	Retenção
20	Privado com fins lucrativos	4	Privada	14	Estabelecimento privado lucrativo - pessoa jurídica
				16	Estabelecimento privado lucrativo - pessoa física
22	Privado optante pelo SIMPLES	4	Privada	13	Estabelecimento privado lucrativo (SIMPLES)
30	Público Federal	1	Federal	10	Estabelecimento público
40	Público Estadual	2	Estadual	10	Estabelecimento público
50	Público Municipal	3	Municipal	10	Estabelecimento público
60	Privado sem fins lucrativos	4	Privada	12	Estabelecimento sem fins lucrativos
61	Filantropico com CNAS* válido	4	Privada	11	Estabelecimento filantrópico
80	Sindicato	4	Privada	15	Estabelecimento sindical

24. BLOQUEIO AUTOMÁTICO DO SISTEMA

1002	AIH C/ VALOR IGUAL ZERO - PORTARIA 38 DE 17/5
1004	VERSAO ERRADA DO SISAIH01
1005	PROCED NAO ESTA NA LISTA ALTA COMPLEX
1006	ESTADO PAC. = ESTADO HOSP -ALTA COMPLEX
1007	CEP DO PACIENTE NÃO PODE SER GENÉRICO
1008	ÓRGÃO EMISSOR DA AIH (SISAIH01) INVÁLIDO
1102	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE
1103	AIH BLOQUEADA POR CPF AUTORIZADOR DA LIBERAÇÃO SISAIH01 NÃO CADASTRADO
1104	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE E CPF AUT LIBERAÇÃO SISAIH01 NÃO CADASTRADO
1105	AIH BLOQUEADA POR AGRAVO
1106	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE E AGRAVO
1107	AIH BLOQUEADA POR CPF AUT LIBERAÇÃO SISAIH01 NÃO CADASTRADO E AGRAVO
1108	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE, CPF AUT LIBERAÇÃO SISAIH01 NÃO CADASTRADO E AGRAVO
1141	AIH BLOQUEADA EM PROCESSAMENTO ANTERIOR

1143	AIH BLOQUEADA POR AIH DE PARTO SEM VDRL
1144	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE E AIH DE PARTO S/VDRL
1145	AIH BLOQUEADA POR CPF LIBERAÇÃO SISAIH01 NÃO CADASTRADO E AIH DE PARTO S/VDRL
1146	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE, CPF LIBERAÇÃO NÃO CADASTRADO E AIH DE PARTO S/VDRL
1147	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO
1148	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO E DUPLICIDADE
1149	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO E AGRAVO
1150	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO E AIH DE PARTO S/VDRL
1151	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO, DUPLICIDADE E AGRAVO
1152	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO, DUPLICIDADE E AIH DE PARTO S/VDRL
1153	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO, DUPLICIDADE, AGRAVO E AIH DE PARTO S/VDRL
1154	AIH BLOQUEADA POR SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO, AGRAVO E AIH DE PARTO SEM VDRL
1155	AIH BLOQUEADA POR AGRAVO E AIH DE PARTO S/VDRL
1156	AIH BLOQUEADA POR AGRAVO, AIH DE PARTO S/VDRL E DUPLICIDADE

25. TABELA DE MOTIVO DE BLOQUEIO

1111	AIH BLOQUEADA POR DUPLA INTERNAÇÃO PERÍODO INFERIOR 3 DIAS, MESMO CID
1112	AIH BLOQUEADA POR DUPLA INTERNAÇÃO C/INTERSECÇÃO DE PERÍODOS
1113	AIH BLOQUEADA POR CIRURGIA RELACIONADA C/TRATAMENTO CLÍNICO INICIAL
1114	AIH BLOQUEADA POR PROCED CLÍNICO DECORRENTE OU CONSEQÜENTE À CIRURGIA INICIAL
1115	AIH BLOQUEADA POR INTERNAÇÃO NO MESMO PERÍODO EM PSIQUIATRIA
1116	AIH BLOQUEADA POR DUPLICIDADE ALTA ADMINISTRATIVA INDEVIDA(> 5 PROCED ESPEC)
1117	AIH BLOQUEADA POR PROCEDIMENTO OBST RELACIONADO S/PERM MÉDIA PROCED INICIAL

1118	AIH BLOQUEADA POR NÃO AUTORIZADO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO
1120	AIH BLOQUEADA POR DUPL CIRURGIA APÓS TRATAM CLÍNICO NÃO ATINGIU METADA DA MP
1122	AIH BLOQUEADA POR DUPL PROCED JÁ INCLUÍDO EM OUTRA AIH NESTE PROCESSAMENTO
1123	AIH BLOQUEADA POR DUPL COM REGISTROS INCOMPATÍVEIS ENTRE SI
1125	AIH BLOQUEADA POR CIRURGIA ELETIVA NÃO REALIZADA C/INTERN EM ATÉ 15 DIAS PROCED
1126	AIH BLOQUEADA POR PERMANENCIA A MENOR INJUSTIFICADA
1127	AIH BLOQUEADA POR CIRURGIA MÚLTIPLA NÃO CARACTERIZADA (MESMA INCISÃO, REGIÃO, PATOLOGIA)
1128	AIH BLOQUEADA POR PROCEDIMENTO ESPECIAL NÃO JUSTIFICADO
1129	AIH BLOQUEADA POR PROCEDIMENTO ESPECIAL NÃO JUSTIFICADO, MAS, AUTORIZADO
1131	AIH BLOQUEADA POR POLITRAUMATIZADO NÃO CARACTERIZADO (MESMO SEGMENTO)
1132	AIH BLOQUEADA POR POLITRAUMATIZADO REGISTRADO COMO CIRURGIA MÚLTIPLA
1133	AIH BLOQUEADA PARA AUDITORIA NO PRONTUÁRIO
1134	AIH BLOQUEADA POR INFORMAÇÕES OU REGISTROS INCOMPATÍVEIS
1135	AIH BLOQUEADA PARA ADEQUAR AO TETO FINANCEIRO DO GESTOR
1136	AIH BLOQUEADA POR PROCEDIMENTO ADULTO UTILIZADO PARA CRIANÇAS
1137	AIH BLOQUEADA POR PROCEDIMENTOS DE HOSPITAL DIA
1138	AIH BLOQUEADA POR ALTA A PEDIDO/ÓBITO/TRANSFER/EVASÃO C/1o. DIA P/PROCED C/MP > 2 DIAS=1o. ATEND
1140	AIH BLOQUEADA POR OUTROS MOTIVOS

26. REJEIÇÕES DO SISTEMA

2001	NÚMERO DA AIH NÃO INFORMADO
2002	DÍGITO VERIFICADOR DA AIH INVÁLIDO
2003	AIH COM MAIS DE 84 ATOS PROFISSIONAIS
2004	NÚMERO DA AIH FORA DA SÉRIE DISTRIBUÍDA
2005	AIH SEM LANÇAMENTOS DE SP NOS ATOS PROFISSIONAIS
2014	PROCEDIMENTO NÃO PERMITIDO PARA AIH IDENTIFICAÇÃO 5
2015	AIH DE IDENTIFICACAO DIFERENTE DE 1 E 5
2016	PROCEDIMENTO NÃO PERMITIDO PARA AIH DE IDENTIFICAÇÃO 1
2051	CPF DO MÉDICO SOLICITANTE NÃO INFORMADO

2052	CPF DO MÉDICO SOLICITANTE INVÁLIDO
2061	ESPECIALIDADE DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <> 21 E/OU < 31
2062	PROCEDIMENTO SOLICITADO NÃO CADASTRADO
2063	PROCEDIMENTO SOLICITADO NÃO PERMITE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
2070	CARÁCTER DE INTERNAÇÃO INVÁLIDO
2071	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE INVÁLIDO
2072	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL C/ CARÁTER INTERNAÇÃO
2080	DATA DA EMISSÃO DA AIH INVÁLIDA
2081	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE OBRIGATÓRIO PARA AIH DE CNRAC
2082	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE OBRIGATÓRIO PARA AIH DE TRANSPLANTE
2091	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL NÃO INFORMADO
2092	CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL INVÁLIDO
2095	AIH DE PARTO SEM VDRL
2102	PROCED NÃO PODE SER REGISTRADO COMO PROCEDIMENTO ESPECIAL
2104	REGISTRO DE RN (PROCED ESP) NÃO PERMITIDA P/PROCED DIFERENTE DE PARTO
2106	DIÁRIAS DE ATEND RECÊM-NATO SUPERIOR AO PERMITIDO
2107	MUDANCA DE PROCEDIMENTO NÃO EFETUADA
2108	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO INVÁLIDA
2109	PROCEDIMENTO AUTORIZADO INCOMPATÍVEL C/REALIZADO
2113	QTD APLICAÇÕES NUTRIÇÃO PARENTERAL SUPERIOR AO PERMITIDO
2114	QTD APLICAÇÕES QUIMIOTERAPIA SUPERIOR AO PERMITIDO
2115	QTD DE CICLOSPORINA SUPERIOR PERMITIDO
2117	AIDS NÃO PERMITE REGISTRO SUPERIOR A 4 GRUPOS
2118	PROCED ESPECIAL SUPERIOR AO LIMITE PERMITIDO
2119	REGISTRO INDEVIDA DE CIRURGIA MÚLTIPLA
2120	SOMENTO HOSP UNIVERS/ENSINO PODE REGISTRAR ESTE MEDICAMENTO
2130	DIÁRIAS UTI/UI MÊS INICIAL SUPERIOR AO PERMITIDO
2131	QTD DIAS UTI MÊS ALTA NÃO INFORMADO
2133	MÊS INICIAL INFORMADO E MÊS ANTERIOR NÃO INFORMADO (SUSPENSO)
2134	TOTAL DE UTI INFORMADO E MÊS ALTA NÃO INFORMADO (SUSPENSO)
2135	DIÁRIA DE UTI EXIGE CPF DO AUDITOR
2140	DIÁRIAS UTI/UI MÊS ANTERIOR SUPERIOR AO PERMITIDO

2142	REGISTRO UTI/UI MÊS ANTERIOR MENOR QUE PERÍODO DE INTERNAÇÃO
2150	DIÁRIAS UTI/UI MÊS ALTA SUPERIOR AO PERMITIDO
2161	TOTAL DE DIÁRIAS DE UTI/UI SUPERIOR AO PERMITIDO
2162	TOTAL DE DIÁRIAS DE UTI DIFERENTE DO TOTAL DE UTI(ALTA+ANT+INI)
2163	DIÁRIAS UTI + DIÁRIAS ACOMP SUPERIOR AO TEMPO PERMANÊNCIA
2164	REGISTRO DE UTI/UI INDEVIDA
2165	ESPECIALIDADE NÃO PERMITE REGISTRO DE UTI/UI
2166	TOTAL DE DIÁRIAS UTI/UI SUPERIOR AO TEMPO DE PERMANÊNCIA
2167	NÃO É PERMITIDA ALTA DIRETAMENTE DE UTI
2168	REGISTRO DUPLICADA DE UTI
2171	ESPECIALIDADE NÃO PERMITE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
2173	TOTAL DE DIÁRIAS ACOMP SUPERIOR AO TEMPO DE PERMANÊNCIA
2174	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO PERMITE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
2175	DIÁRIAS DE UTI + ACOMPANHANTE SUPERIOR AO TEMPO DE PERMANÊNCIA
2176	ESPECIALIDADE NÃO PERMITE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE IDOSO
2177	REGISTRO INDEVIDA DE DIÁRIA ACOMPANHANTE IDOSO
2178	DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE SUPERIOR AO TEMPO DE PERMANÊNCIA
2180	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE EXIGE CPF DO AUDITOR
2182	CPF DO AUDITOR INVÁLIDO (SUSPENSO)
2183	TRANSPLANTE NÃO PERMITE UTI/UI/DIÁRIA ACOMP/PROCEDIMENTO ESPECIAL
2184	PROCEDIMENTO PRINCIPAL REPETIDO NO CAMPO PROCEDIMENTO ESPECIAL
2190	TIPO DE VÍNCULO NÃO CADASTRADO
2192	AIH SEM REGISTRO DE ATO PROFISSIONAL
2193	PSIQUIATRIA NÃO PERMITE OPM
2194	TIPO DE VÍNCULO INCOMPATÍVEL COM ESPECIALIDADE
2195	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO PERMITE REGISTRO DE OPM/HEMOTERAPIA
2196	TIPO DE VÍNCULO INVÁLIDO PARA TRATAMENTO EPILEPSIA
2197	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL C/ ATO PROFISSIONAL
2198	REGISTRO DE ATEND RECÉM-NATO NÃO PERMITIDA P/PROCED DIF PARTO
2201	CPF DO PROFISSIONAL INVÁLIDO
2202	CPF/CNPJ INVÁLIDO

2203	TIPO DE VÍNCULO EXIGE CNES/CNPJ DO HOSPITAL
2204	CPF/CNPJ NÃO CADASTRADO
2205	CNPJ DO TERCEIRO INVÁLIDO
2206	CPF INVÁLIDO
2207	CNPJ INDEVIDO PARA TIPO DE VÍNCULO 52 (PROFISSIONAL DO INTO)
2208	CNPJ INDEVIDO PARA REGISTRO DE OPM (INTO)
2209	CNPJ INDEVIDO PARA HOSPITAL FILANTRÓPICO
2210	CNPJ INDEVIDO PARA TIPO DE VÍNCULO 53
2212	PROCEDIMENTO EXIGE REGISTRO NA PRIMEIRA LINHA ATOS PROFISSIONAIS
2214	PROCEDIMENTO NÃO PODE SER REGISTRADO COMO ATO PROFISSIONAL
2215	PSIQUIATRIA EXIGE ATO PROFISSIONAL DE GRUPO
2216	CRÔNICOS/FPT EXIGEM CÓDIGO PRÓPRIO OU CONSULTA
2217	TIPO DE VÍNCULO INCOMPATÍVEL COM ATO PROFISSIONAL
2219	ATO CLÍNICO DIFERENTE DE CONSULTA
2221	TIPO DE ATO NÃO PERMITIDO PARA PESSOA JURÍDICA
2222	TIPO DO ATO NÃO CADASTRADO
2223	TIPO DO ATO INCOMPATÍVEL COM ATO PROFISSIONAL
2224	CRÔNICOS/PSIQUIATRIA/PSIQ DIA NÃO PERMITEM ATO <> DE 07
2226	TIPO DO ATO INCOMPATÍVEL COM TIPO DO VÍNCULO
2227	ATO PROFISSIONAL DIFERENTE DO REALIZADO/AUTORIZADO
2231	QTD DE ATOS PROFISSIONAIS SUPERIOR AO PERMITIDO
2232	SERVIÇO PROFISSIONAL COM CAMPO NÃO INFORMADO
2234	QUANTIDADE DE ATOS SUPERIOR AO LIMITE
2235	REGISTRO DE MEDICAMENTO INDEVIDA
2236	INSCRIÇÃO PRÉ-NATAL NÃO INFORMADA
2237	CERTIDÃO DE NASCIMENTO NÃO INFORMADA (REG. CIVIL)
2238	QUANTIDADE DE ATOS SUPERIOR AO LIMITE – CP
2239	REGISTRO DE ANESTESIA SUPERIOR AO LIMITE
2240	ATO PROFISSIONAL INCOMPATÍVEL COM TIPO DE VÍNCULO/ATO
2241	PROFISSIONAL NÃO CADASTRADO/TIPO DE VÍNCULO DO PROFISSIONAL INCOMPATÍVEL COM O CNES
2242	CNPJ NÃO CADASTRADO
2243	FORNECEDOR DE OPM NÃO CADASTRADO
2244	BANCO DE SANGUE NÃO CADASTRADO
2281	CPF DO DIRETOR CLÍNICO NÃO INFORMADO
2282	CPF DO DIRETOR CLÍNICO INVÁLIDO
2291	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO INFORMADO

2292	PROCEDIMENTO NÃO PODE SER REGISTRADO COMO PROCEDIMENTO REALIZADO
2293	PROCEDIMENTO REALIZADO DIFERENTE DO SOLICITADO/AUTORIZADO
2294	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL COM A ESPECIALIDADE
2296	PROCEDIMENTO REALIZADO INVÁLIDO P/TRATAMENTO DE AIDS
2297	PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE PROCEDIMENTO ESPECIAL
2298	CRÔNICOS/FPT/PSQUIATRIA NÃO ADMITEM PERMANÊNCIA A MAIOR
2299	EPILEPSIA NÃO PERMITE UTI/UI/HEMO/OPM/PROCED ESPECIAL
2300	PERMANÊNCIA A MAIOR NÃO PERMITIDA PARA PROCED DE BIÓPSIA
2301	TEMPO DE PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO AIH IDENT 1
2302	ESPECIALIDADE NÃO CADASTRADA
2303	ESPECIALIDADE NÃO PERMITE PROCEDIMENTO ESPECIAL
2305	MOTIVO DE REGISTRO NÃO CADASTRADO
2306	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
2307	PROCEDIMENTO ESPECIAL INCOMPATÍVEL COM DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
2311	DATA DA INTERNAÇÃO INVÁLIDA
2312	DATA DA INTERNAÇÃO SUPERIOR À DATA DA SAÍDA
2313	DATA DA INTERNAÇÃO SUPERIOR A 15 DIAS DA DATA DE EMISSÃO DA AIH
2314	DATA DA INTERN ANTERIOR A 01/01/91 – TMO
2315	DATA DA INTERNACAO ANTERIOR À DATA DE NASCIMENTO PACIENTE
2316	AIH DE PSQ/FPT COM PRAZO VENCIDO
2321	DATA DA SAÍDA INVÁLIDA
2322	DATA DA SAÍDA SUPERIOR À DATA APRESENTAÇÃO
2323	CRÔNICOS/FPT/PSQUIATRIA NÃO PERMITEM PERMANÊNCIA EM MEIO DE MÊS
2324	TEMPO DE PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO PARA AIH IDENT 5
2325	DATA SAIDA SUPERIOR À COMPETÊNCIA DE PROCESSAMENTO
2326	DATA DA SAÍDA ANTERIOR A SEIS MESES DO PROCESSAMENTO
2327	PERÍODO DE INTERNAÇÃO SUPERIOR AO PERMITIDO
2352	OBSTETRÍCIA NÃO PERMITE REGISTRO DE PERMANÊNCIA
2353	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO PERMITE PERMANÊNCIA
2393	NOTA FISCAL DE OPM NÃO INFORMADA

2400	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO É DE CNRAC
2401	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO É DE CIRURGIA ELETIVA
2402	UF DA AIH INCOMPATÍVEL COM A FAIXA DISTRIBUÍDA
2403	RUBRICA INVÁLIDA
3003	ESFERA ADMINISTRATIVA/RETENÇÃO INVÁLIDAS
3103	PERMANÊNCIA A MAIOR SUPERIOR AO PERMITIDO
3104	PROCEDIMENTO AUTORIZADO NÃO CADASTRADO
3109	REGISTRO INDEVIDA DE PERMANÊNCIA A MAIOR
3162	REGISTRO DE UTI II INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3163	REGISTRO DE UTI III INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3164	REGISTRO DE UTI NEONATAL III INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3165	REGISTRO DE UTI NEONATAL II INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3166	REGISTRO INDEVIDA DE UTI – HOSPITAL SEM LEITOS
3167	REGISTRO DE UTI DE QUEIMADOS INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3168	REGISTRO DE UTI PEDIÁTRICA III INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3169	REGISTRO DE UTI PEDIÁTRICA II INDEVIDA – HOSPITAL SEM LEITOS
3192	HOSPITAL PÚBLICO/HUE NÃO PODE REGISTRAR OPM TERCEIROS
3193	HOSPITAL PÚBLICO/HUE NÃO PODE REGISTRAR TIPO 7/8
3194	TIPO DE VÍNCULO INDEVIDO PARA HOSPITAL PÚBLICO
3195	TIPO DE VÍNCULO INDEVIDO PARA HOSPITAL PRIVADO
3214	REGISTRO DE UTI NEONATAL PACIENTE C/IDADE SUPERIOR A 1 ANO
3215	REGISTRO DE DIÁRIA ACOMP IDOSO PACIENTE C/IDADE INFERIOR A 60 ANOS
3216	ATO PROFISSIONAL NÃO CADASTRADO
3272	CNES NÃO CADASTRADO
3294	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO PERMITE REGISTRO DE URG/EMERGÊNCIA
3295	TEMPO PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO
3296	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO CADASTRADO
3298	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL COM SEXO
3299	TEMPO PERMANÊNCIA INCOMPATÍVEL C/PROCEDIMENTO REALIZADO
3302	HOSPITAL NÃO CADASTRADO NA ESPECIALIDADE
3306	PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO

3307	TERCEIRO SEM AUTORIZAÇÃO P/REALIZAR PROCEDIMENTO (SUSPENSO)
3308	PROCEDIMENTO AUTORIZADO/ESPECIAL EXIGE HABILITAÇÃO
3309	ATO PROFISSIONAL EXIGE HABILITAÇÃO
3322	HOSPITAL NÃO AUTORIZADO PARA REGISTRAR URG/EMERGÊNCIA
3346	COBRANCA DE DIÁRIAS SUPERIOR AO PERMITIDO
3348	ATO PROFISSIONAL NÃO É DE HOSPITAL DIA
3349	QUANTIDADE DE ATOS HOSP DIA SUPERIOR PERÍODO DE INTERNAÇÃO
3350	TOTAL DO ATO SUPERIOR PERÍODO DE INTERNAÇÃO
4004	AIH IDENTIFICAÇÃO 1 PARA LONGA PERMANÊNCIA NÃO APRESENTADA
4005	AIH IDENTIFICAÇÃO 5 APRESENTADA PARA LONGA PERMANÊNCIA JÁ ENCERRADA
4006	ENCERRAMENTO AIH LONGA PERMANÊNCIA COM DATA ANTERIOR À ULT AIH
4007	AIH DE IDENTIFICAÇÃO 1 SEM CORRESPONDÊNCIA TABELA DE PARC LONGA PERMANÊNCIA
4161	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS UTI SUPERIOR AO LIMITE
4301	ESPECIALIDADE AIH IDENT 5 DIFERENTE ESPECIALIDADE AIH IDENT 1 (LP)
4302	TOTAL DE DIÁRIAS SUPERIOR CAPACIDADE INSTALADA
4303	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UI SUPERIOR AO LIMITE
4370	AIH JÁ BLOQUEADA NESTE PROCESSAMENTO
4371	AIH APROVADA EM OUTRO PROCESSAMENTO
4372	AIH BLOQUEADA EM OUTRO PROCESSAMENTO
4373	AIH JÁ CANCELADA NESTE PROCESSAMENTO
4374	AIH CANCELADA EM OUTRO PROCESSAMENTO
4375	AIH JÁ APROVADA NESTE PROCESSAMENTO
6211	MATERIAL NÃO CADASTRADO
6212	MATERIAL INCOMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO REALIZADO
6219	MATERIAIS DE OPM EXCLUDENTES
6231	QUANTIDADE MATERIAL SUPERIOR AO PERMITIDO

27. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde. 2ª edição Brasília, 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de setembro 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 737 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidente e Violência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 18 de maio de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º. 16, de 08 de janeiro de 1991. Implanta no SIH a tabela única de remuneração para assistência hospitalar com estrutura e valores idênticos para todos prestadores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 10 de janeiro de 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º 303, 2 de julho de 1992. Estabelecem diretrizes e normas para tratamento de reabilitação em regime de internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de julho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º 305, 2 de julho de 1992. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento de reabilitação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de julho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 254, 16 de abril de 1992. Estabelece sistemática para apresentação de AIH – AIH em meio magnético pelos hospitais do SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de abril de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 189, 19 de novembro de 1991. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento em psiquiatria (hospital geral, hospital especializado e hospital dia). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 11 de dezembro de 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Ordem de Serviço INAMPS n.º 199, 16 de abril de 1992. Regulamenta as diretrizes da sistemática de apresentação de AIH em meio magnético no SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de abril de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 69, de 13 de maio de 1993. Torna obrigatória a apresentação, em meio magnético, da AIH - AIH dos hospitais integrantes do SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de maio de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 23, de 10 de fevereiro de 1994. Estabelece normas para compatibilidade entre OPM utilizada e procedimentos médicos registrados no Campo Médico Auditor da AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 18 de fevereiro de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 117, de 10 de abril de 2000. Estabelece prazo para apresentação de AIH – AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de maio de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para os gestores estadual-municipais de saúde o registro de habilitações para realização dos procedimentos de cuidados prolongados, cirurgia por

videolaparoscopia, esterilização, internação domiciliar e cuidados intermediários neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de agosto de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS. Portaria MS/SNAS n.º 224, 29 de janeiro de 1992. Estabelecem Diretrizes e Normas para Atendimento Psiquiátrico em Hospital Dia, Hospital Especializado e Hospital Geral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de janeiro de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 147, 25 de agosto de 1994. Amplia os requisitos da Portaria MS/SNAS n.º 224, 29 de janeiro de 1992. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 743 de 20 de dezembro de 2005. Aprova novo modelo de laudo para solicitação de AIH - AIH e solicitação/autorização de mudanças de procedimentos e de procedimentos especiais no SIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de dezembro de 2005, seção 1 e 04 de abril de 2006, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 25 de 27 de janeiro de 2000. Estabelece critérios para registro de procedimentos pagos por diária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de janeiro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 84 de 24 de junho de 1997. Estabelece critérios para emissão de AIH para pacientes sem documentos de identificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de junho de 1997, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 396, de 12 de abril de 2000. Aprova o Manual do Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais - SIH/SUS e SAI/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de abril de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 316 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vínculo 52, identifica profissional do Instituto de Traumatologia e Ortopedia -INTO prestando atendimento Ortopédico do Projeto Suporte em outros estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 251, de 31 de janeiro de 2002. Classifica os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS de acordo com avaliação do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de fevereiro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 77 de 01 de fevereiro de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos psiquiátricos para hospitais classificados de acordo com a Portaria GM/MS 251/02. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 04 de fevereiro de 2002, seção 1 e 06 de fevereiro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.686, de 20 de setembro de 2002. Aprova normas para autorização e funcionamento e cadastramento de Bancos de Musculoesquelético pelo SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1687, de 20 de setembro de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos de Processamento de Tecido Musculoesquelético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro de 2002, seção 1 e 7 de novembro de 2002, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 483 de 23 de agosto de 1999. Veda os hospitais públicos de realizar cessão de crédito (republicação). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de agosto de 1999, seção 1 e 10 de setembro de 1999, seção 1 - republicação .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 434 14 junho de 2006. Inclui no SIH o tipo 53- OPM sem cessão de crédito e torna obrigatório informar CNPJ do Fornecedor do material e o n.º da Nota fiscal correspondente, na AIH com registro de OPM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 218, de 15 de junho de 2004. Inclui na tabela do SIH Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM da área de cardiovascular, definindo limite de uso, e excludência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de junho de 2004, seção 1, e 23 de agosto de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SE/SAS/MS n.º 23, de 21 de maio de 2004. Altera a estrutura do órgão emissor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de maio de 2004, seção 1 e 29 de junho de 2004, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 637, de 11 de novembro de 2005. Altera a quantidade de órgãos emissores para estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de novembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 123, de 28 de fevereiro de 2005. Altera e Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos e Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM da área da cardiovascular, com definição de uso, e estabelece compatibilidade com procedimentos especiais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 01 de março de 2005 , seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º. 756, 27 de dezembro de 2005. Exclui, altera e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Neurologia e Neurocirurgia, define procedimentos comuns a Ortopedia e a Neurocirurgia e Órtese Prótese e Materiais Especiais - OPM compatíveis. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 756, 27 de dezembro de 2005. Republica os anexos III, V, VI e VII. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 19 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º. 173, de 28 de março de 2005. Estabelece compatibilidade entre os procedimentos da assistência cardiovascular e Órtese, Prótese e Materiais Especiais - OPM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de março de 2005, seção 1 e 27 de abril de 2005, seção 1, retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 187, 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla - Pacientes com Lesões Láblio-Palatais ou Crânio Faciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 19 de outubro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 821, 04 maio de 2004. Determina a descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de maio de 2004 , seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 567 de 13 de outubro de 2005. Define série numérica de AIH com 13 dígitos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de outubro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º. 510 de 30 de setembro de 2005. Estabelece a implantação do processamento descentralizado do SIH para novembro/05 e torna obrigatório o preenchimento do órgão emissor no SISAIO1. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de outubro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º. 675, 01 de dezembro de 2005 prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH/SUS para competência fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º. 98, de 14 de fevereiro de 2006, prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH/SUS para competência abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 51 de 11 de fevereiro de 2000. Estabelece, como forma alternativa, distribuição de série numérica de AIH também por meio eletrônico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de fevereiro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 126 de 17 de setembro de 1993. Inclui na tabela de SIH procedimentos para tratamento de lesões lábios palatais e crânio faciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 setembro 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 503 de 03 de setembro de 1999. Inclui na tabela de SIH procedimentos para tratamento de lesões lábios palatais e crânio faciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de setembro de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 93 de 30 de maio de 1994. Institui a modalidade de Hospital Dia para pacientes com AIDS, e o procedimento tratamento da AIDS em hospital dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 03 de junho 1994, seção 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SNAS/MS n.º 291 de 17 de junho de 1992. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para o tratamento da AIDS e define a forma de registro na AIH – AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de junho de 1992, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 130 de 3 de agosto de 1994. Estabelece normas e forma de remuneração para o atendimento em hospital dia AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria. GM/MS n.º 252, de 06 de fevereiro de 2006. Redefinir a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de março de 2006 1999, seção 1, e 30 de março de 2006, seção 1 – republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.091, de 25 de agosto de 1999. Estabelece critérios para habilitação de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal – UCI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de agosto de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 280, 7 de abril de 1999. Torna obrigatória a presença do acompanhante para pacientes maiores de 60 (sessenta) anos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de abril 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 830, 24 de junho de 1999. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento de Diária de Acompanhante para Pacientes Idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de junho de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.274, 22 de novembro de 2000. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para tratamento de queimados em Hospital Geral, Centros de Referência Centros Intermediários de Assistência à Queimados **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 29 de dezembro de 2000, seção 1, e 26 de fevereiro de 2001, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2413, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Cuidados Prolongados, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2416, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Internação Domiciliar, e estabelece requisitos para habilitação dos hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2414, 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS os procedimentos Atendimento em Hospital Dia Geriátrico um e dois turnos, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 38 de 1º de abril de 1998. Estabelece código para os procedimentos incluídos do SIH pelas Portarias 2413, 2414, 2416 de 23 de março de 1998, publicadas no Diário Oficial da União n.º 58 de 26 de março de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 02 de abril de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 44, 10 de janeiro de 2001. Institui a modalidade de Hospital Dia Fibrose Cística e Hospital Dia Cirúrgico e Terapêutico e altera as condições e requisitos para atendimento em Hospital Dia: geriátrico; Saúde Mental; AIDS e Intercorrência Pós Transplante de Medula Óssea. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.418, 02 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 238, de 30 de março de 2006. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimento Diária de acompanhante para gestante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 31 de março de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 216, de 16 de junho de 2004. Altera redação dos procedimentos de cateterismo e a sua forma de registro na AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º153, de 14 de junho de 2004. Estabelece critérios para liberação de sangue para transfusão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 163, 3 de dezembro de 1993. Estabelece critérios sobre a forma de registro de procedimentos de hemoterapia na Autorização de Informação Hospitalar- AIH. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 6 de dezembro de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.969, 25 de outubro de 2001. Torna obrigatório informar na AIH CID Principal e CID Secundário nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador (republicação). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de outubro de 2001, seção 1 e 19 de junho de 2002, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SE/SAS/MS n.º 88, 29 de novembro de 2001. Inclui na tabela do SIH/SUS Procedimento de Notificação de Causas Externas e de Agravos relacionados ao Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 03 de dezembro de 2001, seção 1 e 20 de dezembro de 2001, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 134, 22 de agosto de 1994. BRASIL. Alterar a sistemática de apresentação de Autorização de Autorização Hospitalar - AIH em meio magnético para os Hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de agosto de 1994, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 134, 22 de agosto de 1994. BRASIL. Retificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de setembro de 1994, seção 1, retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 922, 26 de novembro de 2002. Altera a sistemática de para apresentação de AIH em meio magnético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de novembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 17, 06 de fevereiro de 2003. Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 7 de fevereiro de 2003, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria SAS/MS n.º 249, 12 de abril de 2002 de fevereiro de 2003. Define critérios para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 738, 12 de abril de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Assistência Domiciliar Geriátrica pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e altera redação dos procedimentos de Atendimento Geriátrico em Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 52, 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de janeiro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 53, 20 de janeiro de 2004. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Internação em Psiquiatria RPH (Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de janeiro de 2004, seção 1, e 3 de março de 2004, seção 1, retificação.

BRASIL. Lei n.º 7498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a profissão de Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 26 de junho de 1986, seção 1.

BRASIL. Decreto n.º 94.406, 08 de junho de 1987. Define as atribuições do Enfermeiro Obstetra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de junho de 1987, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 9.434, 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília DF, 05 de fevereiro de 1997, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Define o período que os estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes devem manter registros das atividades desenvolvidas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de julho de 1990, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.639, 10 de junho de 2002. Dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários médicos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de agosto de 2002, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.466, 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 17 de setembro de 1996, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.638, 10 de julho de 2002. Torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília/DF, 09 de agosto de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 92, 23 de janeiro de 2001. Estabelece critérios e forma de registrar na AIH os procedimentos de doação de órgãos para transplante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.439, 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Ontológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 9 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 741, 19 de dezembro de 2005. Estabelece normas de classificação e credenciamento de Alta Complexidade em Oncologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 210, 15 de junho de 2004. Exclui e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos da cardiovascular e estabelece normas para credenciamento/habilitação nesta área. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de junho de 2004, seção 1 e 27 de julho de 2004, seção 1, republicação dos anexos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 513, 22 de setembro de 2004. Altera e inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos cardiovasculares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de setembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 221, 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 95, 15 de fevereiro de 2005. Define normas de credenciamento/habilitação das Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de fevereiro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 893, 12 de novembro de 2002. Define nova composição dos grupos de procedimentos na especialidade de Ortopedia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 13 de novembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS, 165, 23 de setembro de 1998. Inclui procedimento de Polissonografia – Distúrbio do Sono. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 25 de setembro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 628, 26 de abril de 2001. Aprova Protocolo Clínico de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida – Gastroplastia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de abril de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 545, 18 de março de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS Cirurgias Plásticas Corretivas Seqüenciais em Pacientes Pós Gastroplastia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de março de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2305, 19 de dezembro de 2001. Aprova Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico das Osteogênese Imperfecta e Inclui na tabela do SIH/SUS e os procedimentos para o tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de dezembro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.582, 2 de dezembro de 2004. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de dezembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 118, 23 de fevereiro de 2005. Define atributos para os procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de anti-retrovirais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de fevereiro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria Conjunta SAS/SVS n.º 20, 25 de maio de 2005. Torna obrigatório identificar na AIH através da CID 10 os procedimentos de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de maio de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 343, 7 de março de 2005. Institui no âmbito do SUS mecanismo para organização e implantação da Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de março de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 224, 23 de março de 2006. Define os procedimentos e normas de classificação e credenciamento dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de março de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 766, de 21 de dezembro de 2004. Torna obrigatória a realização do exame de VDRL em parturiente internadas em hospitais integrante do SUS, e o registro deste exame nas AIH de partos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 22 de dezembro de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 124, de 01 de março de 2005. Altera para março/2005 a obrigatoriedade do registro do VDRL. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de março de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 96, de 14 de junho de 1994. Inclui na tabela do SIH/SUS o procedimento Atendimento ao recém nascido na sala de parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de junho de 1994, seção 1 e 01 de julho de 1994, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.343, de 24 de julho de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS o procedimento Atendimento ao recém nascido na sala de Parto II, para Hospitais de Referência em Gestante de Alto Risco. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 09 de agosto de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 304, de 10 de agosto de 2001. Estabelece a inclusão de Módulo de Segurança no Programa SISAIH, e torna obrigatório arquivar no prontuário médico do paciente o Espelho de AIH – Definitivo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 14 de agosto de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 448, de 08 de julho de 2002. Revoga a Portaria SAS/MS n.º 74 de 04 de maio de 1994, pela qual o hospital deveria entregar ao paciente, demonstrativo contendo os dados referentes a sua internação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de julho de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 693, de 5 de julho de 2000. Aprova as Normas de Orientação para implantação do Método Canguru, destinado a atenção e humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 06 de julho de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas básicas para implantação de atendimento na forma de Alojamento Conjunto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 de setembro de 1993, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 18 de agosto de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo Assistência Pré-natal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de junho de 2000, seção 1 e 18 de agosto de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de junho de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e estabelece nova sistemática de pagamento para a assistência ao parto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 8 de junho de 2000, seção 1 e 14 de novembro de 2000, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência – Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 12 de janeiro de 2001, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 896, de 29 de junho de 1990. Determinou que o INAMPS implantasse o Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 2 de julho de 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Resolução n.º 227, de 27 de julho de 1990. Regulamenta a implantação do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 agosto de 1990, seção 1.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Serviços Médicos. Portaria MPAS/SSM n.º 299, de 19 de novembro de 1984. Dispõe sobre ato anestésico – início e término-, e o que inclui no valor do procedimento cirúrgico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de novembro de 1984, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º SAS/MS 113, de 04 de setembro de 1997. Estabelecem diretrizes e normas para internação de pacientes nos hospitais integrantes do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 05 de setembro de 1997, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 98, de 14 de fevereiro de 2006. Prorroga a implantação do processamento descentralizado do SIH para abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Lei n.º 9.263, 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de janeiro de 1996, seção 1 e 20 de agosto de 1997, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. **Manual do Sistema de Informação hospitalar**. www.saude.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 316, de 08 de maio de 2006. Inclui no SIH o tipo de vínculo 52, para identificar profissional do Instituto de Traumatologia e Ortopedia -INTO prestando atendimento Ortopédico do Projeto Suporte em outros estabelecimentos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de maio de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.686, de 20 de setembro de 2002. Aprova normas para autorização e funcionamento e cadastramento de Bancos de Músculoesquelético pelo SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1687, de 20 de setembro de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos de Processamento de Tecido Músculoesquelético. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 24 de setembro 2002, seção 1, e 7 de novembro 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 434, 14 junho de 2006. Inclui no SIH o tipo 53- OPM sem cessão de crédito e estabelece que nas AIH de estabelecimentos público e privado com registro de OPM seja informados o CNPJ do Fornecedor do material e o n.º da Nota fiscal correspondente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de junho de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 187 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla - Pacientes com Lesões Lábio-Palatal ou Crânio Faciais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 19 de outubro de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 579, 20 de dezembro de 2001. Compatibiliza procedimentos com CID de Causas Externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de dezembro de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999. Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de fevereiro de 1999, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 3477, 20 de agosto de 1998. Estabelece critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Terciário e Secundário Gravidez de Alto Risco e inclui na tabela procedimentos para atendimento

nesses estabelecimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 21 de agosto de 1991, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 822, 27 de junho de 2003. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos relacionados ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Teste Rápido. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de junho de 2003, seção 1, e 18 de julho de 2003, seção retificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 817, 30 de abril de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para o Tratamento de Transtorno Decorrentes do uso de Álcool e/ou Outras Drogas e estabelece critérios para sua utilização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 3 de maio de 2002, seção 1 e 5 de setembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 702, 12 de abril de 2002. Estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 16 de abril de 2002, seção 1.

BRASIL. Decreto 2268, de 30 de junho de 1997. Regula a retirada e doação de órgão. Brasília, 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 01 de julho de 1997, seção 1.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação de Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 09 de agosto de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 1.169, 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de junho de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS, 765, 29 de dezembro de 2005. Exclui Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia, define procedimentos a ser registrado com o Procedimento Seqüenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia e estabelece limite de uso de procedimentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 30 de dezembro de 2005, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 438, de 16 de novembro de 2000. Define os código de Tipo com e sem vínculo com o hospital. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 17 de novembro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 465, de 07 de dezembro de 2000. Incluir no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS a codificação de "tipo" 30 para profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 08 de dezembro de 2000, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 158, de 05 de maio de 2004. Incluir, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, a codificação de "tipo" 45 para profissionais autônomos sem cessão de crédito. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 06 de maio de 2004, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 34, de 25 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Tratamento da Hanseníase e da Tuberculose com Lesões Externas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 27 de março de 1998, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 96, de 14 de fevereiro de 2006. Estabelece compatibilidade entre procedimento e Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPM na área de Cardiologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 15 de fevereiro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 938, de 20 de maio de 2002. Incluir, na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS, o Incentivo ao Registro Civil de Nascimento, a ser pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS que propiciarem o registro de nascimento, antes da alta hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, de 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 11, 21 de fevereiro de 1995. Torna obrigatório informar na AIH – AIH em meio magnético, a nacionalidade do paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 23 de março de 1995, seção 1 e 6 de abril de 1995, seção 1, republicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 629, de 25 de agosto de 2006, que descentraliza para os gestores estaduais/municipais de saúde o registro das habilitações no SCNES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 28 de agosto de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde ad Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de outubro de 2006, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 2.529, 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 20 de outubro de 2006, seção 1.