

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

MANUAL TÉCNICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2007

© 2007 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 – 2007 – 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: 70058-900, Brasília – DF

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

E-mail: cgs@saude.gov.br

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

Coordenação:

Rosane Mendonça Gomes

Luzia Santana de Sousa

Ana Lourdes Marques Maia

Colaboração:

Frederico Augusto de Abreu Fernandes – CGSI

Nivaldo Valdemiro Simão – DenaSUS

Virginia da Silva Lucas – CGSI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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

ISBN 978-85-334-1360-3

1. SIH–SUS. 2. Sistemas de informação hospitalar. 3. Sistemas de informação em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WX 26.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0066

Títulos para indexação:

Em inglês: Technical Manual of the Hospital Information System

Em espanhol: Manual Técnico del Sistema de Información Hospitalaria

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: Lilian Assunção e Maria Amélia

Capa e projeto gráfico: Carlos Frederico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7

2 OBJETIVOS 9

3 DOCUMENTOS DO SISTEMA 11

3.1 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH 11

3.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS 13

3.3 AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – AIH 15

3.3.1 AIH de Identificação 7 – Formulário (Em desuso) 16

3.3.2 AIH de Identificação 1 – Meio Magnético 16

3.3.3 AIH de Identificação 5 – Longa Permanência 17

4 CADASTRO E PAGAMENTO DE BENEFICIÁRIA DE PENSÃO ALIMENTÍCIA 19

5 ÓRGÃO EMISSOR 21

6 FLUXO DO SISTEMA 23

6.1 TRANSMISSOR SIMULTÂNEO 23

7 FLUXO DA INTERNAÇÃO 25

7.1 CONSULTA/ATENDIMENTO 25

7.2 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH 25

7.3 EMISSÃO DA AIH 25

7.4 INTERNAÇÃO 25

7.4.1 Caráter da Internação 26

7.4.2 Espelho da AIH 27

7.4.3 Preenchimento da AIH 27

7.4.4 Preenchimento dos Campos (Arquivo SISAIH01) 27

7.4.5 Emissão de Nova AIH 35

8 TIPO DE VÍNCULO E TIPO DE ATO 37

8.1 COMPATIBILIDADE DE TIPO DE VÍNCULO COM TIPO DE ATO 37

9 ESPECIALIDADE 45

10 MOTIVO DE REGISTRO 47

11 CAMPOS, PROCEDIMENTOS ESPECIAIS, SERVIÇOS PROFISSIONAIS, PROCEDIMENTO REALIZADO E PROCEDIMENTO SOLICITADO 49

11.1 MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 49

11.2 POLITRAUMATIZADOS 50

11.3	CIRURGIA MÚLTIPLA	54
11.4	CIRURGIA MÚLTIPLA – PACIENTES COM LESÕES LABIOPALATAIS	55
11.5	TRATAMENTO DE AIDS	57
11.5.1	Tratamento de Aids/Internação	57
11.5.2	Tratamento de Aids/Hospital-Dia/Aids	59
11.6	DIÁRIAS DE UTI/CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL	60
11.7	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL – UCI	62
11.8	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	64
11.9	DIÁLISE PERITONIAL E HEMODIÁLISE	65
11.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	66
11.11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	67
11.12	FATORES DE COAGULAÇÃO	68
11.13	CICLOSPORINA	69
11.14	ESTUDOS HEMODINÂMICOS, ARTERIOGRAFIA, NEURORADIOLOGIA E RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	69
11.15	PERMANÊNCIA A MAIOR	70
11.16	EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO	71
11.17	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO	72
11.17.1	Atendimento ao Recém-Nato na Sala de Parto	72
11.18	ALOJAMENTO CONJUNTO	74
11.19	MÉTODO CANGURU	74
11.20	REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	75
11.21	ALBUMINA HUMANA	75
11.21.1	Atendimento Clínico	76
11.22	HEMOTERAPIA	78
11.23	FISIOTERAPIA	79
11.24	RADIOLOGIA/ULTRA-SONOGRAFIA	79
11.25	ENDOSCOPIA	79
11.26	PATOLOGIA CLÍNICA	79
11.27	ANATOMIA PATOLÓGICA	79
11.28	PUNÇÕES, TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS DIVERSOS	80
11.29	ANESTESIA	80
11.30	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPM	82
11.31	ACIDENTE DE TRABALHO	85
11.32	VIDEOLAPAROSCOPIA	86
11.33	OBSTETRÍCIA	87
11.33.1	Parto Normal sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra	87
11.33.2	Atendimento à Gestante de Alto Risco	87
11.33.3	Intercorrências em Gestação de Alto Risco	88

11.33.4	Informações Complementares – Obstetrícia (Gemelar e VDRL)	88
11.33.5	Pré-Natal e Nascimento (Teste Rápido)	89
11.34	PLANEJAMENTO FAMILIAR (LAQUEADURA/VASECTOMIA)	89
11.35	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE DE ÁLCOOL E DROGAS	91
11.36	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	92
11.37	PSIQUIATRIA	94
11.37.1	Atendimento em Regime de Hospital-Dia – Saúde Mental	96
11.37.2	Tratamento em Psiquiatria Hospital-Geral	97
11.38	QUEIMADO	98
11.38.1	Atendimento de Queimados em Hospital Geral	99
11.38.2	Atendimento de Queimados em Centros de Referência	99
11.38.3	Atendimento de Queimados em Centros Intermediários de Assistência	99
11.38.4	Intercorrência do Paciente Médio e Grande Queimado	100
11.39	PACIENTES SOB CUIDADOS PROLONGADOS	101
11.40	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	102
11.41	TRATAMENTO DA HANSENÍASE	103
11.42	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO	104
11.43	PEDIATRIA	104
11.44	DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO	104
11.45	TRATAMENTO CONSERVADOR (NEUROLOGIA)	105
11.46	INTERNAÇÃO DOMICILIAR	106
11.47	HOSPITAL DIA	107
11.47.1	Procedimento Cirúrgico, Diagnóstico e Terapêutico em Hospital-Dia	107
11.47.2	Atendimento em Regime de Hospital-Dia em Geriatria	108
11.47.3	Atendimento em Regime de Hospital-Dia – Fibrose Cística	109
11.48	TRANSPLANTES	110
11.48.1	Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos	111
11.48.2	Retirada de Órgãos	114
11.48.3	Intercorrências Pós-Transplante	120
11.48.4	Atendimento Regime de Hospital-Dia para Intercorrências após Transplante de Medula Óssea e Outros Órgãos Hematopoiéticos	122
11.48.4.1	Autogênico	122
11.48.4.2	Alogênico Aparentado	122
11.48.4.3	Alogênico Não Aparentado	123
11.49	ONCOLOGIA	123
11.50	ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR	125
11.51	EPILEPSIA	128

11.52 MALFORMAÇÕES/LABIOPALATAIS E/OU ANOMALIAS CRANIOFACIAIS	129
11.53 TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA	129
11.54 NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	131
11.55 DISTÚRBIOS DO SONO (POLISSONOGRAMA)	132
11.56 GASTROPLASTIA	132
11.57 TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESIS IMPERFECTA	134
11.58 LIPODISTROFIA	134
11.59 TERAPIA NUTRICIONAL	135
12 INFORMAÇÕES ADICIONAIS	139
12.1 TORACOTOMIA COM DRENAGEM FECHADA	139
12.2 LAPAROTOMIA EXPLORADORA	139
12.3 PAGAMENTO DE CIRURGIA	139
12.4 CAMPO “PROCEDIMENTOS ESPECIAIS”	139
12.5 AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	139
12.6 DEMONSTRATIVO SOBRE O TRATAMENTO	140
13 FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH	141
14 PRONTUÁRIO MÉDICO	145
15 LEGISLAÇÃO IMPORTANTE	147
16 ACOMODAÇÃO	149
17 MOTIVOS DE REJEIÇÃO DA AIH	151
18 ESTRUTURAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DO SIH/SUS	157
19 TABELA DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	159
20 DEFINIÇÃO DE PROCEDIMENTO	161
21 COMPATIBILIDADE CID VERSUS PROCEDIMENTO	163
22 AUDITORIA	165
23 TIPO DE PRESTADOR	169
24 BLOQUEIO AUTOMÁTICO DO SISTEMA	171
25 TABELA DE MOTIVO DE BLOQUEIO	173
26 REJEIÇÕES DO SISTEMA	175
REFERÊNCIAS	183

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 8.142/90. Com o advento do SUS, surgiu também a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, no controle e na avaliação das ações de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n.º 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) a partir de 1.º 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 do Ministério da 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) passasse 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 MS/GM 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, o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores estaduais e municipais, editou a Portaria MS/GM 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 seu 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		9 - SEXO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				Masc. <input type="checkbox"/> 1		Fem. <input type="checkbox"/> 3			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				DDD		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		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
				() CNS () CPF					
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		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO									
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO		() DESEMPREGADO		() APOSENTADO	
() NÃO SEGURADO									
AUTORIZAÇÃO									
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
() CNS () CPF									
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

Este laudo instituído pela Portaria MS/SAS 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 Agravo 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 a área de atuação. No caso de enfermeiro com especialização em obstetrícia, estão autorizados a emitir apenas laudos de AIH para parto normal sem distocia.

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 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 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 Anexos II e III da Portaria SAS n.º 743/05 – republicada.

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

 SUS 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 Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		DDD	
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 UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO 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 () CNS () CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

Instituído pela Portaria MS/SAS 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.



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)

Empty box for justification of the request.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Empty box for signature and stamp of the applicant professional.

AUTORIZAÇÃO

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Empty box for signature and stamp of the authorizing professional.

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) (BRASIL, 2005l).

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 MS/GM n.º 252/2006.

- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12, obedecem à 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 dentro de suas necessidades e, a seguir, distribuir as AIHs 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 vários locais do Brasil.

As AIHs da série numérica definida na Portaria SAS n.º 567/05 e específica para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade somente deverão ser utilizadas para os procedimentos relacionados na Portaria MS/GM n.º 252/2006.

O estabelecimento de saúde só deverá apresentar esses procedimentos, utilizando a série numérica, se o município/estado tiver seu projeto para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, aprovado em conformidade com a Portaria MS/GM 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 MS/SAS n.º 51, foi apoiado como alternativa que as séries numéricas de AIH poderiam ser distribuídas também por meio eletrônico. Desde então, não é obrigatória 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 MS/SAS n.º 69 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 MS/SAS 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 AIHs em não conformidade com o *layout* 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 AIHs com datas de alta do paciente até 6 (seis) meses anteriores à competência do processamento.

3.3.3 AIH de Identificação 5 – Longa Permanência

É utilizada para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de Psiquiatria e 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 MS-BBS 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 AIHs 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 MS/SAS 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 ZXXYYNNNN para as Secretarias Estaduais

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

Estrutura do Órgão Emissor ZXXYYYYNNN para as Secretarias Municipais

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

Estrutura do Órgão Emissor ZXXCCCCCCC nos Estabelecimentos Estaduais e Municipais

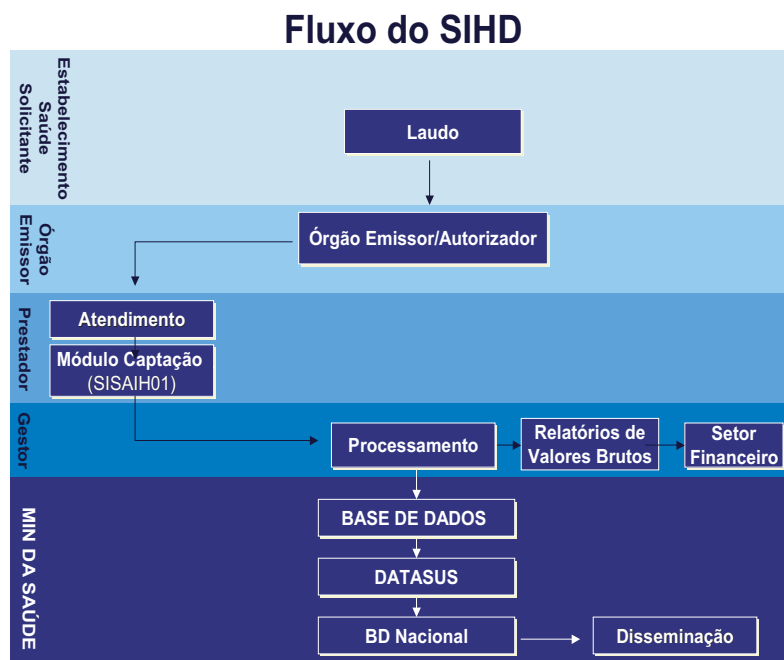
CÓDIGO	ESTABELECIMENTO GESTÃO ESTADUAL	ESTABELECIMENTO GESTÃO MUNICIPAL
Z	S	U
XX	CÓDIGO DA UF NO IBGE	CÓDIGO DA UF NO IBGE
CCCCCC	CÓDIGO DO CNES (DV)	CÓDIGO DO CNES (DV)

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 TRANSMISSOR SIMULTÂNEO



É um aplicativo disponibilizado pelo DATASUS para transmissão simultânea dos dados do SIA/SUS e SIHD/SUS e do 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 Portaria 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 distocia, conforme Portaria MS/SAS n.º 163/1993.

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, 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 o 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 independentemente de autorização prévia. Nesse caso o laudo deve ser apresentado para ser autorizado no prazo máximo de 2 (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 comuni-

cada no prazo de até 2 (dois) dias úteis após recebimento do laudo (Portaria MS/SAS n.º 113/1997) (BRASIL, 1997d).

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 AIHs com diagnóstico de parto emitidas para gestantes, que têm validade até a data do parto.
1.1	Eletivo atendimento em hospital-dia (Portaria MS/GM n.º 44/2001) (BRASIL, 2001a).
2.0	Urgência/Emergência em Hospital de Referência – A AIH é solicitada pelo hospital até 2 (dois) dias úteis após a internação.
2.1	Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência-Atendimento em Hospital-Dia (Portaria MS/GM n.º 44/2001) (BRASIL, 2001a).
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 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 MS/GM n.º 44/01, de 10/01/2001, com série numérica específica.
05	Urgência/Emergência – A AIH é solicitada pelo hospital até 2 (dois) dias úteis após a internação.

CARÁTER	DESCRIÇÃO
	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 acidentes 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 no trajeto de trabalho.

7.4.2 Espelho da AIH

No hospital, o paciente recebe os cuidados necessários. Após tratamento, alta, transferência ou óbito, os dados são digitados na AIH, assim como o CPF e o 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, em 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 AIHs 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 8 dígitos o n.º do DCIH (2 dígitos n.º DCIH, 2 dígitos especialidade, e 4 dígitos ano).
003	QUANTIDADE DE AIH	Preencher com 3 dígitos o quantitativo de AIH constante no DCIH.
004	APRESENTAÇÃO	Preencher com 6 dígitos o mês e ano da apresentação das AIHs constantes do DCIH. (2 dígitos para o mês e 4 para o ano).
005	ESPECIALIDADES	Preencher com 2 dígitos a especialidade do DCIH, conforme tabela no item 9.
006	CNPJ DO HOSPITAL	Preencher com 14 dígitos o CNPJ do hospital.
007	ÓRGÃO RECEBEDOR	Preencher com 7 dígitos o órgão recebedor.
008	PRONTUÁRIO	Preencher com 7 dígitos o número do prontuário.
009	SEQÜENCIAL	Preencher com 3 dígitos a numeração seqüencial da AIH no DCIH de 001 a 151.
010	IDENTIFICAÇÃO	Preencher com 1 dígito a identificação da AIH, conforme tabela abaixo: 1 - AIH principal (até 14 registros no campo SP). 3 - AIH de continuação (AIH com mais de 14 registros no campo SP). 5 - AIH de longa permanência.
011	ÓRGÃO 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 5 dígitos o número da residência.
015	COMPLEMENTAÇÃO	Preencher com 15 dígitos – apartamento, casa, etc.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
016	MUNICÍPIO	Preencher com 20 dígitos o nome do município.
017	UF	Preencher com 2 dígitos a unidade federada.
018	CEP	Preencher com 8 dígitos.
019	DATA DE NASCIMENTO	Preencher com 8 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 n.º da AIH.
022	ENFERMARIA	Preencher com 3 dígitos o número da enfermaria.
023	LEITO	Preencher com 4 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 n.º 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).
030	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Preencher com 8 dígitos o código do procedimento solicitado.
031	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	Preencher com 2 dígitos, conforme tabela (constante item 7.4.1).
032	DATA DA EMISSÃO	Preencher com 8 dígitos a data da emissão da AIH (dd/mm/aaaa).
033	AUTORIZADOR	Preencher com 11 dígitos o CPF do autorizador.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
CAMPO (MÉDICO AUDITOR)		
034	PROCEDIMENTO AUTORIZADO	Preencher com 8 dígitos o código do procedimento autorizado, podendo ser efetuados até 5 registros.
035	MÊS INICIAL – UTI	Preencher com 2 dígitos o n.º de dias de UTI (nível I), utilizados no mês da internação.
036	MÊS ANTERIOR – UTI	Preencher com 2 dígitos o número de dias de UTI (nível I), utilizados no mês anterior à alta.
037	MÊS ALTA – UTI	Preencher com 2 dígitos o número de dias de UTI (nível I), utilizados no mês da alta, óbito ou transferência.
038	TOTAL – UTI	Preencher com 2 dígitos o número total de dias de UTI (nível I) utilizados.
039	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	Preencher o número de diárias de acompanhante, com 2 dígitos.
040	DATA DA AUTORIZAÇÃO	Preencher com 8 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, conforme 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 8 dígitos o código do procedimento.
045	TIPO DE ATO	Preencher com 2 dígitos o código tipo de ato, conforme tabela no item 8.1.
046	QUANTIDADE DE ATOS	Preencher com 2 dígitos a quantidade de atos efetuados.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
047	NOTA FISCAL	Preencher com 6 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 diretor geral ou diretor clínico do hospital.
049	PROCEDIMENTO REALIZADO	Preencher com o código do procedimento solicitado (8 dígitos). Caso tenha havido mudança de procedimento, preencher com o novo código do procedimento, registrado na 1.ª linha do campo (Médico Auditor).
050	ESPECIALIDADE	Preencher com 2 dígitos o código da especialidade dos procedimentos realizados, conforme tabela no item 9.
051	DATA DA INTERNAÇÃO	Preencher com 8 dígitos a data da internação (dd/mm/aaaa) (9.60).
052	DATA DA SAÍDA	Preencher com 8 dígitos a data da alta (dd/mm/aaaa) (9.60).
	INDICA DOCUMENTO PACIENTE	Preencher com o documento do paciente (9.80).
053	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Preencher com 4 dígitos (alfa numérico) o CID principal.
	DATASUS	PARA USO DATASUS.
054	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	Preencher com 4 dígitos o CID secundário.
055	MOTIVO DE REGISTRO	Preencher com 2 dígitos o código de motivo de registro.
OS CAMPOS 056 A 060 SÓ DEVEM SER PREENCHIDOS EM CASO DE PARTO (USO ESPECÍFICO PARA RECÊM-NATO)		
056	NASCIDOS VIVOS	Preencher com 1 dígito o número de nascidos vivos.
057	NASCIDOS MORTOS	Preencher com 1 dígito o número de nascidos mortos.
058	SAÍDA/ALTA	Preencher com 1 dígito o número de altas.
059	SAÍDA/TRANSFERÊNCIA	Preencher com 1 dígito o número de transferências.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
060	SAÍDA/ÓBITO	Preencher com 1 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 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 DO PACIENTE	Preencher com 6 dígitos o código do município de origem do paciente.
071	DATASUS06	RESERVADO AO DATASUS.
072	CNPJ DO 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.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
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 Portaria SAS n.º 544/99 (9.70).
084	DATA GESTOR	Preencher com 8 dígitos a data de autorização do gestor em casos previstos na Portaria SAS n.º 544/99 (9.70).
085	CÓDIGO AUTORIZAÇÃO	Preencher com 3 dígitos o código de autorização em casos previstos na Portaria SAS n.º 544/99 (9.70).
086	DATASUS	RESERVADO AO 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	CARTÃO SUS	Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
090	CNES	Número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (11.00).
091	CNPJ	Número do CNPJ da mantenedora (11.30).
092	DATASUS09	RESERVADO AO DATASUS.
093	ÓRGÃO EMISSOR	Preencher com o código do órgão emissor, atendendo às definições da Portaria MS/SAS n.º 630/2005 (12.50).
094	DATASUS10	RESERVADO AO DATASUS (12.50).
LAYOUT PARA AIH DE IDENTIFICAÇÃO 4 (REGISTRO CIVIL DE RECÉM-NATOS)		
	DATASUS	RESERVADO AO DATASUS.
	DCIH	Número do DCIH.

SEQ.	CAMPO	FORMA/PREENCHIMENTO
	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.
	IDENT	Identificação da AIH.
	N_AIH	Número da AIH.
	DT_INT	Data de internação.
REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO		
	NÚMERO_DN	Número da data de nascimento.
	NOME_RN	Nome recém-nato
	RS_CART	Razão social – cartório.
	LIVRO_RN	Livro recém-nato.
	FOLHA_RN	Folha recém-nato.
	TERMO_RN	Termo recém-nato.
	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 MS/SAS n.º 25 de 27/00) (BRASIL, 2000h).

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. Nesse 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 ao dia e mês, sendo ano de nascimento preenchido com a idade aproximada.

7.4.5 Emissão de Nova AIH

- **Em cirurgia** – desde que uma segunda 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** – nos 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** – três 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 cinco procedimentos ou atos** – abre-se nova AIH, com datas de internação e alta iguais à 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 ato 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 Computadorizada e Ressonância Magnética)
04	Profissional com Vínculo Empregatício	01	Cirurgião ou Obstetra
		02	1.º Auxiliar Cirúrgico
		03	2.º Auxiliar Cirúrgico
		04	3.º 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 02 03 04 05 06 07 27	Cirurgião ou Obstetra 1.º Auxiliar Cirúrgico 2.º Auxiliar Cirúrgico 3.º Auxiliar Cirúrgico Demais Auxiliares Cirúrgicos Anestesia Consulta Clínica Neurocirurgia
08	SADT sem Vínculo com o Hospital	08 09 10 11 13 14 15 16 17 18 27	Anatomia Patológica Assistência Ventilatória Cardioversão Fisioterapia Inaloterapia Medicina Nuclear Patologia Clínica Radiologia Radioterapia Traços Diagnósticos Neurocirurgia (Tomografia Computadorizada 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 de Cirurgia e Materiais p/ Retirada 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 de Intercorrências Pós-Transplante	33	Medicamento de 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 Anestesiista (pessoa física)	35	Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesiista
22	Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesiista (pessoa jurídica)	35	Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesiista
23	Pediatra 1.ª Consulta (pessoa física)	36	Pediatria 1.ª Consulta
24	Pediatra 1.ª Consulta (pessoa jurídica)	36	Pediatria 1.ª 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 com Vínculo – PF	01 02 03 04 05 06 07 31 35 36 40 42 49 53 55	Cirurgião ou Obstetra 1.º Auxiliar Cirúrgico 2.º Auxiliar Cirúrgico 3.º Auxiliar Cirúrgico Demais Auxiliares Cirúrgicos Anestesia Consulta Clínica Cirurgião Transplante Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesista. Pediatria 1.ª Consulta Retirada de Órgão Interestadual Retirada de Órgão Intermunicipal Perfusionista Serviços Profissionais de Cateterismo Cardíaco Serviço de Terapia Nutricional
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 de 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 1.º Auxiliar Cirúrgico 2.º Auxiliar Cirúrgico 3.º Auxiliar Cirúrgico Demais Auxiliares Cirúrgicos Anestesia Consulta Clínica Cirurgião Transplante Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesista Pediatría 1.ª 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	Cirurgião ou Obstetra
		02	1.º Auxiliar Cirúrgico
		03	2.º Auxiliar Cirúrgico
		04	3.º Auxiliar Cirúrgico
		05	Demais Auxiliares Cirúrgicos
		06	Anestesia
		07	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. Nesse 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 filantrópicos, que necessitem de suporte na área de Ortopedia (Portaria MS/SAS n.º 316/06) (BRASIL, 2006g).
- **Codificação de Tipo 53** – OPM sem cessão de crédito, incluído no Sistema de Informação Hospitalar pela Portaria n.º MS/SAS n.º 434/06. É de uso obrigatório nas AIHs 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 realizado por profissionais do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) em outros estabelecimentos de saúde, públicos ou filantrópicos.
- 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.

CÓD.	DESCRIÇÃO	CÓD.	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 sociofamiliar
2.3	Por motivo social	2.6	Para outra internação (outro diagnóstico)

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

SE TRANSFERÊNCIA:			
		3.5	Obstetrícia
3.1	Tisiologia	3.6	Berçário
3.2	Psiquiatria	3.7	Pediatria
3.3	Clínica médica	3.8	Isolamento
3.4	Cirurgia	3.9	Outros

SE ÓBITO COM NECROPSIA		SE ÓBITO SEM NECROPSIA	
4.1	Ocorrido dentro das primeiras 48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.	5.1	Ocorrido dentro das primeiras 48 horas, quando o paciente for internado em estado pré-agônico ou agônico.
4.2	Ocorrido dentro das primeiras 48 horas, quando o paciente não for internado em estado pré-agônico ou agônico.	5.2	Ocorrido dentro das primeiras 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		6.5	Em cirurgia de emergência com menos de 24 da primeira cirurgia.
6.1	Em politraumatizado com < de 24 horas da 1. ^a cirurgia	6.6	Em cirurgia de emergência 24 a 48 horas após a primeira cirurgia.
6.2	Em politraumatizado 24 a 48 horas após a 1. ^a cirurgia	6.7	Em cirurgia de emergência 48 a 72 horas após a primeira cirurgia.
6.3	Em politraumatizado 48 a 72 horas após a 1. ^a cirurgia	6.8	Em cirurgia de emergência acima de 72 horas após a 1. ^a cirurgia.
6.4	Em politraumatizado > 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. Nesses 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 esses 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, Cuidados Prolongados, Cirurgia Múltipla de Lesões Lábio Palatais, Busca Ativa de Doador de Órgãos, Procedimentos Seqüenciais 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 que 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: uma paciente é internada para submeter-se a uma histerectomia total – 34-010-03-3, porém é detectado, antes da cirurgia, que a mesma apresenta um quadro de

diabete sacarino 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 segunda 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 o 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, fazendo-se necessária 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 primeira linha do campo “procedimentos especiais da AIH”. No campo “procedimento realizado” será registrado o código do procedimento constante na primeira 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 cinco procedimentos realizados. Quando ocorrerem novas cirurgias, em atos anestésicos diferentes, deverá ser solicitada nova AIH.

• **Cirurgia ortopédica/traumatológica**

Permite o registro de apenas um 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:

1.º 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”:

1.ª linha – redução cirúrgica de fratura de úmero D;

2.ª linha – redução cirúrgica da fratura do cúbito E;

A redução do cúbito direito será registrada no campo “serviços profissionais”.

2.º 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”:

1.ª linha – redução cirúrgica de fratura de fêmur E;

2.ª linha – redução cirúrgica da fratura da tíbia D;

3.ª 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 de 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.

Nos casos de 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, a seguir:

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.º - Traumatismo crânio-encefálico;
- 2.º - Tomografia computadorizada de crânio.

Os procedimentos que na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS constarem como serviços hospitalares, serviços profissionais e SADT zerados (00) não podem ser registrados no campo “procedimentos especiais”. O registro dos atos médicos deverá ser no campo “serviços profissionais”.

EXEMPLO: Procedimentos dos Grupos:

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

A seguir, exemplos de como devem ser registrados os procedimentos realizados em politraumatizados (No caso de o paciente ser submetido a diversos procedimentos em especialidades diferentes):

1.º 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”:

1.ª linha – Colostomia (33023069);

2.ª linha – redução cirúrgica de fratura de diáfise do úmero E (39009068);

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

2.º EXEMPLO: foram realizadas reduções cirúrgicas de fratura de rádio D., tíbia e fêmur E., mais esplenectomia e colostomia. Emitir Laudo para Emissão de AIH com código de politraumatizado (39.000.00.1). Na AIH deverá ser registrado no campo “procedimentos especiais”:

1.ª linha – Colostomia (33023069);

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

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

3.º EXEMPLO: no caso de o 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 três 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”:

1.ª linha – Colostomia (33023069);

2.ª 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.º procedimento 100%	2.º procedimento 100%	5.º procedimento 50%
3.º procedimento 75%	4.º 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 cinco 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 anatómicas, no mesmo ato anestésico, para solucionar patologias diversas. Portaria 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 cinco 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.

A seguir, exemplos de como devem ser registrados os procedimentos realizados em cirurgia múltipla:

1.º EXEMPLO: Colecistectomia + 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 em que forem registrados no campo “procedimentos especiais”, conforme tabela abaixo:

1.º procedimento 100%	3.º procedimento 75%	5.º procedimento 50%
2.º procedimento 75%	4.º 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 cinco procedimentos no campo “procedimentos especiais”.

No caso de o 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 mamária, 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 Mamária Reconstructiva 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 LABIOPALATAIS

Incluída na tabela pela Portaria MS/SAS n.º 187, de 16/10/1998, a cirurgia múltipla em pacientes com lesões labiopalatais ou craniofaciais, código 33.000.00.0, é permitida somente por hospitais habilitados. Esse procedimento é solicitado com a finalidade de complementar a correção da lesão. Para a caracterização do procedimento como cirurgia múltipla em pacientes com lesões labiopalatais ou cranio-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	Palatolabioplastia 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 CRANIOFACIAIS) I	
38.050.05.6	Queiloplastia em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 33.101.09.4 – CIRURGIA DE LÁBIO (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS) II	
38.051.05.2	Excisão e Reconstrução Total de Lábio em Pacientes com Deformidades Craniofaciais.
GRUPO 33.101.09.4 – CIRURGIA DE BOCA E FACE (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS)	
44.030.04.5	Tratamento Cirúrgico De Fístula Bucosinusal em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 33.101.10.5 – CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS)	
44.050.04.6	Cirurgia de Dente Incluso ou Incrustado Em Pacientes Com Deformidades Craniofaciais
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 CRÂNIOFACIAIS)	
37.090.01.1	Timpanoplastia (Uni Ou Bilateral) em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 37.101.07.2 – CIRURGIA DE OUVIDO (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS)	
37.091.01.8	Microcirurgia Otológica em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 37.102.04.4 – CIRURGIA DO NARIZ IV	
38.012.08.1	Rinoplastia em Pacientes com Lesões Labiopalatais
38.013.08.8	Septoplastia em Pacientes com Lesões Labiopalatais
38.014.09.2	Alongamento de Columela em Pacientes com Lesões Labiopalatais

GRUPO 37.103.03.2 – CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS)	
37.090.03.8	Amigdalectomia com Adenoidectomia em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 37.107.02.0 – CIRURGIA DO NARIZ (EM PACIENTES COM DEFORMIDADES CRANIOFACIAIS)	
38.050.08.0	Tratamento Cirúrgico Reparador Não Estético do Nariz em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
GRUPO 44.100.20.5 – IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL	
44.040.03.2	Implante Osteointegrado Extra-Oral

Esses procedimentos, incluídos na tabela do SIH pelas Portarias MS/SAS n.º 126, de 17/9/93, e n.º 503, de 3/9/99, podem ser registrados como: Procedimento Solicitado e Procedimento Realizado o Código 33.000.00.0 – Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões de Labiopalatais ou Craniofaciais.

O procedimento código 33.000.00.0 foi incluído na tabela do SIH especificamente para atender a pacientes com lesões labiopalatais e /ou deformações craniofaciais. 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 cinco 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 a seguir:

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

11.5 TRATAMENTO DE AIDS

Incluídos na tabela do SIH/SUS pela Portaria MS/SNAS n.º 291/1992, os procedimentos para tratamento da Síndrome da 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 quatro 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 criptocócica; ➤ 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; ➤ Histoplasmose; ➤ 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 citomegalovírus esofágico; ➤ Herpes simples esofágico; ➤ Cândida sp esofágica; ➤ Síndrome diarréica; ➤ Colites, lesões ano-retais.

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

1.º procedimento 100%	3.º procedimento 75%
2.º procedimento 100%	4.º 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 de 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 com 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 MS/SAS n.º 130/94) (BRASIL, 1994c).

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento

- Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até cinco dias semanais (de 2.^a a 6.^a feira) com carga horária, no máximo de 12 horas diárias, dividida em três turnos de 4 horas e no máximo 10 pacientes por turno, totalizando 30 pacientes/dia.
- 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.
- 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.
- 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.
- Recursos Humanos: a equipe mínima deve ser composta por: um médico; um enfermeiro; quatro 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

- Somente podem ser efetuados registros de procedimentos de atendimento em regime de hospital-dia em aids nas 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 utilizadas no período de tratamento.
- 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.
- As diárias são pagas até cinco 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 primeira linha do campo “serviços profissionais da AIH” o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizadas no período do tratamento.
- O código do procedimento é 91.904.01.3 – Tratamento da AIDS/Hospital-Dia e a especialidade 7 para Pediatria e 3 para Clínica Médica.

11.6 DIÁRIAS DE UTI/CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Se durante a internação hospitalar houver necessidade de o paciente ser submetido à 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 do 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 MS/GM n.º 3.432/1998) (BRASIL, 1998d).

UTI Tipo I

São unidades cadastradas no SIH/SUS em data anterior à vigência da Portaria MS/GM n.º 3.432/98. As diárias de UTI Tipo I apresentam dois valores: um para os três 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. Nesse local existem quatro campos referentes: Mês Inicial – Mês Anterior; Mês Alta e Total, onde devem ser informadas as diárias de UTI correspondentes. A seguir, são apresentados exemplos de como as diárias devem ser registradas:

EXEMPLO 1:

Paciente internado no hospital no dia 23/3/05

Entrou na UTI dia 25/3/05

Saiu da UTI dia 28/3/05

Teve alta do hospital dia 7/4/05

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

EXEMPLO 2:

Paciente internado no hospital no dia 27/5/05

Entrou na UTI dia 29/5/05

Saiu da UTI dia 4/7/05

Teve alta do hospital dia 19/7/05

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 PROFIS- SIONAL	TIPO DE ATO	QUANT. ATO	DATA DO ATO
18	CNPJ da unidade	Preencher códigos de UTI especializada conforme tabela	21	Preencher com o número de diárias utilizadas no mês inicial, anterior e alta, conforme o caso	Em caso de UTI neonatal, preencher com 6 dígitos:

1.º DÍGITO À ESQUERDA	OS 4 DÍGITOS SEGUINTE	6.º 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 incluídos a utilização de toda a aparelhagem própria da UTI, as equipes técnicas e os 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, hospital-dia, pacientes sob cuidados prolongados, tratamento ortodôntico em lesões labio-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 AIHs 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, hórteses, próteses, materiais especiais e demais procedimentos especiais (Portaria MS/SAS n.º 294/99) (BRASIL, 1999h).

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 que 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 exsanguineotransfusão;
- necessite realizar exsanguineotransfusão;
- com peso superior a 1.500g e inferior a 2.000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- submetido à cirurgia de médio porte, estável.

Podem habilitar-se a UCI os estabelecimentos que atenderem aos critérios estabelecidos na Portaria MS/GM 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 neonatais pelo SIH/SUS.

As diárias de unidades de cuidados intermediários neonatais 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 conforme tabela	34	Preencher com o número de diárias utilizadas no mês inicial, anterior e alta, conforme o caso.	Preencher com 6 dígitos

1.º DÍGITO À ESQUERDA	OS 4 DÍGITOS SEGUINTE	6.º 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 três, 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

A Portaria MS/GM n.º 280/99 torna obrigatória 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 PROFIS-SIONAL	CNPJ	TIPO DE ATO	DESCRIÇÃO
20	99.080.01.0	CNPJ	34	Diária de Acompanhante para Paciente Idoso com Pernoite
20	99.081.01.6	CNPJ	34	Diária de Acompanhante para Paciente Idoso sem 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 MS/GM 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 dez 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 MS/SAS 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 DIÁLISE PERITONIAL E HEMODIÁLISE

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	Díálise 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	Díálise 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) (BRASIL, 2005q):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.
	Tomografia Computadorizada de Crânio, Sela Túrcica ou Órbita com ou sem Contraste	3
	Tomografia Computadorizada Coluna Cervical, Torácica 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 três 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, é necessária a autorização do diretor geral, diretor clínico ou do órgão gestor, a critério deste.

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

11.11 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

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 1 (um) exame por AIH, e são registrados no campo “serviços profissionais da AIH” (Portaria SAS n.º 756/05) (BRASIL, 2005q)

Os procedimentos especiais códigos 97.225.00-2 – Ressonância Magnética da Coluna Cervical –, 97.226.00-9 – Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacra e 97.227.00-5 – Ressonância Magnética da Coluna Torácica, incluídos na tabela pela Portaria n.º 756/05, devem ser realizados em serviço habilitado em alta complexidade de neurocirurgia/ortopedia, e o seu registro será no campo “serviços profissionais” com o limite de 1 (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 Heredogenerativas (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 Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

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 Túcica ou Órbita com ou sem contraste.
- Ressonância Magnética de Crânio, incluindo Órbita Sela Túcica e Mastóide e/ou Técnicas Complementares.
- Angioressonância Cerebral.
- Ressonância Magnética da Coluna Cervical.
- Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacra.
- Ressonância Magnética da Coluna Torácica.
- 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 à 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 transplantes 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 5 frascos (cada frasco c/ 100ml).

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.

A Portaria MS/SAS 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 AIHs 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 MS/SAS n.º 210 Anexos III, n.º 214 e n.º 215/04 devem ser registrados no campo “médico auditor”, exceto os procedimentos de cintilografia.

Os 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 neurointervencionistas (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:

A Portaria MS/SAS n.º 218/04 relaciona os procedimentos especiais excludentes entre si. As portarias MS/SAS n.º 214, n.º 215 e n.º 218/2004 apresentam compatibilidade de procedimentos especiais *versus* procedimentos. A 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 o período de internação ultrapassar o dobro da permanência prevista na tabela de procedimentos. Nesse caso, o terceiro segmento do código de permanência a maior será o quantitativo de dias em que o paciente permaneceu inter-

nado, 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 labiopalatais, 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 Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento.

11.16 EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO

Pode ser realizada em casos de icterícia neonatal ou sépsis 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:

QUANTI- DADE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANTI- DADE	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 exsangüineotransusão 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 exsangüineotransusão é efetuado diretamente ao hospital, portanto não cabe registro para pessoa física no campo “serviços profissionais”.

11.17 ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NATO

• Diária de Recém-Nato

Se após a alta da mãe houver necessidade de assistência hospitalar ao RN com icterícia fisiológica, potencialmente infectado, ou filho de mãe diabética, 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 mesmo, 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. Esse 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 entre-

gue 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 à Portaria SAS n.º 096/94, dispondo de: mesa de reanimação, com fonte de calor radiante; fonte de oxigênio puro; máscara facial e bolsa para ressuscitação; aspirador de secreções; medicação apropriada para os casos de insuficiência cardiorrespiratória neonatal.

O valor do procedimento 95.001.01-8 – Atendimento ao RN na Sala de Parto 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 Eclâmpsia	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 Distocia 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	QUANTIDADE
6 ou	CPF	95.001.01-8	20	1 (parto único) ou 2 (gemelar)
16	CNPJ.	95.001.01-8	20	1 (parto único) ou 2 (gemelar)

A Portaria MS/GM 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/neonologista não entra no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS n.º 96/94, mediante o registro no campo “serviços profissionais da AIH”, da seguinte forma:

TIPO	CNPJ/CPF	ATO	TIPO ATO	QUANTIDADE
6 ou	CPF	95.002.02-2	20	1 (parto único) ou 2 (gemelar)
16	CNPJ	95.002.02-2	20	1 (parto único) ou 2 (gemelar)

Primeira Consulta Pediatra

O procedimento 95.004.01-7 – Primeira Consulta Pediátrica deve ser registrado no campo “serviços profissionais da AIH de parto”, na forma a seguir especificada (Portaria GM n.º 572/00) (BRASIL, 2000e).

TIPO	CNPJ/CPF	ATO PROFISSIONAL	TIPO ATO	QUANTIDADE
23	CPF	95.004.01-7	36	1 (parto único) ou 2 (gemelar)
24	CNPJ	95.004.01-7	36	1 (parto único) ou 2 (gemelar)

O procedimento de primeira consulta pediátrica 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 (Portaria GM n.º 1.016/93) (BRASIL, 1993a).

11.19 MÉTODO CANGURU

O método canguru é um tipo de assistência neonatal que implica no 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 consideradas 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** (Portaria MS/GM 938/02) (BRASIL, 2002f). O incentivo é pago aos hospitais integrantes do SIH/SUS, que propiciam o registro de nascimento, antes da alta hospitalar. O seu pagamento está vinculado às informações sobre o Registro Civil do Recém-Nato, a serem prestadas na AIH de parto. Este é um procedimento estratégico do SUS.

O registro é no campo “serviços profissionais da AIH de parto” conforme a seguir especificado:

TIPO	CNPJ/CPF	ATO PROFISSIONAL	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
36	CNPJ do Hospital	99.085.01.1	46	1

Verificar se no preenchimento da AIH está o número 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 eletroforeticamente 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 à hipoalbuminemia grave.
II – doença hepática crônica: associada à hipoalbuminemia grave; ascite não responsiva ao tratamento clássico; insuficiência hepática aguda.

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

11.21.1 Atendimento Clínico

No atendimento clínico, deve ser registrada na primeira 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 Psiquiátrico – 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 Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Curta Permanência; 85500941 – Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Média Permanência; 85500950 – Assistência Domiciliar Geriátrica Realizada pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso – Longa Permanência.
91904013 – Tratamento da Aids em hospital-dia
76400271 – Enteroinfecções em Lactente
81300263 – Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
81300271 – Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grau Leve

81300298 – Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grave
81300301 – Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
81300310 – Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica
81500254 – Tratamento Conservador da Hemorragia Cerebral
81500262 – Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grau Leve
81500270 – Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grau Médio
81500289 – Tratamento Conservador do Traumatismo Cranioencefálico Grave
81500297 – Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
81500300 – Tratamento Conservador da Dor Rebelde de Origem Central e Neoplásica

Nesses casos, na primeira 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 tratar-se de um procedimento clínico. Porém no campo “quantidade de atos” deve ser registrado somente 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 permitido 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, 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 MS/SAS n.º 163/1993, o registro de hemoterapia, deverá ser efetuado da seguinte forma:

TIPO	CNPJ	ATO PROF.	TIPO ATO	QUANTIDADE
------	------	-----------	----------	------------

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 pagos 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 Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SBED). 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 PATOLÓGICA

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 8.

11.28 PUNÇÕES, TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURAS, PROCEDIMENTOS DIVERSOS

Os procedimentos dos grupos: 45.100.02.0 – Punções, Biópsias, Esvaziamentos; 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 inicia-se 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 cardiorrespiratória. 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, para o qual, 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

Estão incluídos na tabela, pela Portaria GM n.º 572/00, os procedimentos de anestesia para obstetrícia. 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 Anestesiata I

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS	DESCRIÇÃO
35001011	Parto normal	35006013	Parto com Manobras	35025018	Parto Normal (H.A.C)
35007010	Parto com eclâmpsia	35086017	Assistência ao Período Pre-monitório e ao Parto Normal sem Distocia em Centro de Parto Normal	35080019	Parto Normal sem Distocia-Real por Enf.

Código 95.005.01-3 – Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesiata II

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS	DESCRIÇÃO
35009012	Cesariana	35026014	Cesariana – Exclusivamente para Hospitais Amigos da Criança
35082011	Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas	35084014	Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas

Código 95.006.01-0 – Anestesia Obstétrica Realizada por Anestesiata III

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	CÓDIGOS	DESCRIÇÃO
35027010	Parto Normal em Gestante Alto Risco	35028017	Cesariana em Gestante de Alto Risco
35085010	Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes 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 95.005.013 ou 95.006.01-0	35	1

Está incluído na tabela do SIH/SUS o procedimento 99.600.07-2 – Anestesia para procedimento em Queimados. A sua utilização somente é permitida para Centros de Referência em Alta Complexidade e Cuidados Intermediários de Assistência aos Queimados (Portaria GM n.º 1.274/00) (BRASIL, 2000g). 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 (pessoa física)	99.600.07- 2 *	39	1 até 5, conforme o caso

11.30 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPM

As órteses, as próteses e os materiais especiais, independente da origem, para serem comercializados têm que obrigatoriamente possuir registro na Anvisa, publicado em Diário Oficial. A aquisição de órteses, próteses e materiais especiais é de inteira responsabilidade dos hospitais, devendo obrigatoriamente serem 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 (AIHs) 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 os limites da relação de órteses, próteses e matérias especiais/ROPM.

De acordo com a Portaria SAS n.º 23/94, nos casos de cirurgia múltipla, politraumatizado, tratamento da aids, deve ser observada a compatibilidade entre os produtos da ROM e os procedimentos médicos registrados no campo “médico auditor da AIH”. As AIHs apresentadas e/ou representadas para registro desde abril/94, independentemente da data da internação do paciente, devem adotar esta compatibilidade.

EXEMPLO 1: fixador externo admite o registro de um, mas, se na mesma AIH for também utilizado em outro procedimento, poderão ser registrados dois.

EXEMPLO 2: paciente com fratura de perna D – código 39011151 e Fratura de Fêmur E – código 39009130 – for necessário utilizar a OPM 93399103 em duas quantidades, ou seja, uma para a fratura da perna e uma para a fratura do fêmur. Deverão ser registradas 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 e 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 podendo ser utilizado após liberação pelo gestor, devendo, em caso de urgência/emergência, ser observado o prazo de 48 horas.

O registro será no campo “serviço profissionais” 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 quantidade de produtos utilizados	Preencher com os 6 últimos dígitos da NF ou do Doc. de importação.
53	CNPJ fornecedor	Preencher com o código do produto utilizado	19	Preencher com a quantidade de produtos utilizados	Preencher com os 6 últimos dígitos da NF ou do Doc. de importação.

A Portaria MS/SAS n.º 218/04 inclui na tabela de OPM do SIH/SUS os conjuntos para circulação extracorpórea (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 especificado a seguir:

- 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 0 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 93.329.19-9 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 forma:

- 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 (inclusive cateterismo) (Portaria SAS n.º 123/05) (BRASIL, 2005h).

- 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 0 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.

A Portaria SAS n.º 218/04 define as OPM da assistência cardiovascular excludentes entre si. A Portaria SAS n.º 123/05 inclui e altera procedimentos da assistência cardiovascular, estabelece compatibilidade entre procedimentos especiais e procedimentos e inclui OPM. A Portaria SAS n.º 173/05 relaciona a tabela de compatibilidade entre os procedimentos da assistência cardiovascular e OPM. A 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 para 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) (BRASIL, 2006g).

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 a 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 Morbimortalidade 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 1.969/01 e Portaria SAS n.º 579/01. 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 10.^a 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 Econômicas 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) (BRASIL, 2001h).

O PNCEA relacionado 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 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 registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de cirurgia por videolaparoscopia pelo SIH/SUS. Para se habilitar 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 OBSTETRÍCIA

11.33.1 Parto Normal sem Distocia Realizado por Enfermeiro Obstetra

O procedimento Parto Normal sem Distocia realizado por enfermeiro obstetra é exclusivo para obstetrix ou enfermeiro obstetra, conforme Lei n.º 7.498/86 e Decreto n.º 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 Distocia 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 da Portaria GM n.º 3.477/98.

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 1.ª Consulta	36

São excludentes entre si os seguintes códigos: 95.003.01.0, 95.005.01.3 ou 95.006.01.0 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 morbimortalidade e o melhor atendimento à gestação de alto risco foram incluídos, na Tabela SIH/SUS, os procedimentos abaixo, exclusivos para hospitais habilitados nos dois sistemas a seguir.

Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Terciária à Gestante de Alto Risco (Portaria GM n.º 3.477/98) (BRASIL, 1998e)

PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
35.031.01.8	Intercorrência Obstétrica em Gestação de Alto Risco
69.500.01.0	Intercorrências Clínicas em Gestação de Alto Risco

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 – Obstetria (Gemelar e VDRL)

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

Em 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”.

É obrigatória a realização do exame VDRL (17.034.02-7) em todas as parturientes internadas nos estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS, assim como é obrigatório o seu registro nas AIHs de partos. A AIH de parto sem registro do código do procedimento de VDRL será rejeitada pelo SIHD/SUS. O resultado do exame de VDRL deverá ser anexado ao prontuário do médico.

11.33.5 Pré-Natal e Nascimento (Teste Rápido)

Incluído na Tabela do SIH/SUS (Portaria GM n.º 822/03) (BRASIL, 2003a) os procedimentos especiais a seguir, devem ser 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 – Micro-hemaglutinação 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. 6.º, parágrafo único e Art. 10 da Lei n.º 9.263/96, que trata do planejamento familiar, foram incluídos na Tabela do SIH/SUS os seguintes procedimentos (Portaria GM n.º 48/99) (BRASIL, 1999e):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO
31005098	Vasectomia Parcial ou Completa	35084014	Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigos da Criança
34022040	Laqueadura Tubária	35085010	Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco
35082011	Cesariana com 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 dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando 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 o 42.º 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. Nesse 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 habilitadas/autorizadas para realização dos mesmos (Portaria SAS n.º 48/99) (BRASIL, 1999e). Devem, ainda, oferecer todas as op-

ções 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 10 revisão, no 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 e 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 registro das habilitações no SCNES, para os estabelecimentos aptos a realizar os procedimentos de planejamento familiar/esterilização (laqueadura e vasectomia) pelo SIH/SUS.

11.35 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DEPENDENTE DE ÁLCOOL 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”, deverá ser registrado 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”, deverá ser registrado 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 MS/GM 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 MS/GM n.º 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 n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, bem como a Portaria n.º 2.529, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, alteram a denominação dos procedimentos de 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 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, refere-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 PSIQUIATRIA

A título de história: aprovada na Tabela do SIH/SUS, na área de saúde mental, procedimentos em: Hospital Psiquiátrico; Hospital Geral; Hospital-Dia, e para o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria (Portaria MS/SNAS n.º 189/91) (BRASIL, 1991b) e ainda, a Portaria MS/SNAS 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, tenha no máximo 45 dias, desde que o 45.º 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, n.º 88/93 e n.º 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 Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) 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

A 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 MS/GM n.º 251/02. Para os hospitais que não conseguiram a classificação no 63.100.04.5 – Internação em Psiquiatria IV, o procedimento é o 63.001.56.0 – TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAIS NÃO CLASSIFICADOS DE ACORDO COM OS INDICADORES DE QUALIDADE AFERIDOS PELO PNASH – PSIQUIATRIA.

A Portaria MS/GM n.º 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		

GRUPOS	CLASSES	N.º LEITOS	MÍNIMO	MÁXIMO
IV	VIII	361 - 400	1 módulo	3 módulos
	IX	401 - 440		
	X	441 - 480		
	XI	481 - 520		
	XII	521 - 560		
	XIII	561 - 600		
V	XIV	acima de 600	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$

Os hospitais que não se classificarem pela Portaria MS/GM n.º 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 MS/SNAS n.º 224/92) (BRASIL, 1992b). Os cuidados em hospital-dia na assistência à saúde mental devem abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (2.ª a 6.ª feira) com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente.

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento:

- desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até cinco dias semanais (de 2.ª a 6.ª feira) com carga horária de oito horas;
- 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;
- 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;
- desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;

- recursos humanos: a equipe mínima, por turno de quatro horas, para atendimento de 30 pacientes dia deve ser composta por: um médico; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades);
- acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;
- orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares sobre os cuidados pós-operatórios, bem como sobre os 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. Serão pagas até cinco 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 permitido registro de permanência a maior nos procedimentos realizados em regime de hospital-dia em saúde mental.

11.37.2 Tratamento em Psiquiatria Hospital-Geral

Normalizado pela Portaria MS/SNAS 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 devem 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 – Diagnóstico 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-hospitalar 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 1.º e 2.º graus com até 10% da área corporal atingida.

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

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

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

- queimaduras de 1.º e 2.º graus, com área corporal atingida maior do que 26%;
- Queimaduras de 3.º 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 Referência

Os seguintes grupos e procedimentos podem ser realizados, exclusivamente, em centros de 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 a queimados, 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 um 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 29	CNPJ Hospital CPF Profissional	99.600.07.2	39	05

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 (Portaria MS/GM n.º 1.274/00) (BRASIL, 2000g).

11.38.4 Intercorrência 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 com as normas específicas e nos limites e nas codificações constantes da Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS.

11.39 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 45.º 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 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 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 procedi-

mento”. 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 convalescente** – aquele submetido a procedimento clínico/cirúrgico, que se encontra em recuperação e necessita 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 necessita 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 Oncológica, 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.

11.40 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 10 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 apresentado em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitido 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.

11.41 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 do procedimento Hanseníase – Lesões Extensas é apresentado em AIH com validade de 30 dias, não sendo permitido 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 3 – Clínica Médica.

11.42 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 MS/SNAS n.º. 303/92 estabeleceu as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar e para o tratamento de reabilitação. Para registro do procedimento 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.

11.43 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 esses 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.

11.44 DIAGNÓSTICO 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 devem ser utilizados nos seguintes casos:

- Em caso de alta a pedido ou transferência para outro hospital (motivo do registro que justifique a transferência). Com período de internação igual ou inferior a 24 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.

11.45 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, 40.208.00-1 e 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

A seguir, os 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 Crânio-encefálico Grave
- 81.500.28-9 – Tratamento Conservador do Traumatismo Crânio-encefálico Grave
- 81.300.30-1 – Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular

- 81.500.29-7 – Tratamento Conservador do Traumatismo Raquimedular
- 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 1.

11.46 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 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 quatro dias.

A publicação da Portaria MS/GM n.º 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.
- Portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente.

Registro de internação domiciliar

É feito por meio de AIH com registro obrigatório das consultas médicas realizadas. Deve ser registrado 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 n.º 629, de 25 de agosto de 2006.

11.47 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

- Centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s).
- Centro de esterilização e desinfecção de materiais e instrumentos de acordo com normas vigentes.
- Condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução n.º 1.363/93 do CFM.
- 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.

11.47.1 Procedimento Cirúrgico, Diagnóstico e Terapêutico em Hospital-Dia

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

- Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo, com tempo de permanência máxima de 12 horas.
- Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas.
- Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas.
- Obrigatoriamente, para todo paciente, será aberto prontuário constando: 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

- Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico.
- 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; e câmara de compensação de alta complexidade – atendimento em regime de hospital-dia. Não é permitido registro de permanência a maior nos procedimentos de atendimento em regime de hospital-dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

11.47.2 Atendimento em Regime de Hospital-Dia em Geriatria

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento

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

- Planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados.
- Recursos humanos: um geriatra; dois enfermeiros; sete auxiliares de enfermagem; um 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 a maior nos procedimentos de atendimento em regime de hospital-dia geriátrico.

11.47.3 Atendimento em Regime de Hospital-Dia – Fibrose Cística

Condições e requisitos específicos para realização do atendimento

- Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até cinco dias semanais (de 2.^a a 6.^a feira) com carga horária de no máximo 12 horas diárias.
- 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.
- 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.
- Desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família.
- 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

- 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.
- 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.
- As diárias são pagas por no máximo cinco dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos.
- Caso seja necessária a continuidade do tratamento, poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor.
- Não é permitido registro de permanência a maior nos procedimentos de atendimento em regime de hospital-dia em fibrose cística.

11.48 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
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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
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.

11.48.1 Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos

A retirada de órgãos para transplante está regulamentada pelo Decreto n.º 2.268/98, pela Lei n.º 9.434/98, Portaria GM n.º 3.407/98 e Portaria 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 para Transplante Menor de 2 anos	62003011
62.103.01.6	Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos para 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 podem ser registrados 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 do 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 ao diagnóstico de morte encefálica de possível doador de órgãos e tecidos, em conformidade com o estabelecido na Resolução n.º 1.480/97 do CFM, estão a seguir.

GRUPO	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
62.103.00.8	62.003.01.1	Avaliação Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante em Menor de 2 anos
62.103.01.6	62.004.03.4	Avaliação Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante em 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, vê-se a seguir:

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 estão a seguir.

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 de 2 Anos	21	02
18	CNPJ Hospital	96.800.03.8 – Diária de 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.

11.48.2 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:

a) retirada de órgãos realizada no hospital em que foi realizada a busca ativa do doador, processada por equipe profissional deste mesmo hospital. Nessa 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 de Cirurgia e Materiais para Retirada de Órgãos para 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 (1 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

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.27.6 – Retirada Unilateral/Bilateral de Rim p/ Transplante (primeiro Cirurgião – Cadáver)	31	01
14, 30 OU 17	CNPJ CPF	99.800.29.2 – Retirada Unilateral / Bilateral de Rim p/ Transplante (segundo 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 para Transplante de Córnea (20ml)	19	02
1	CNPJ	93.800.45.2 – Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Coração (1 litro)	19	03
1	CNPJ	93.800.47.9 – Líquido de Preservação de Órgão para Transplante de Pulmões (1 litro)	19	04

TIPO	CNPJ/CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
1	CNPJ	93.800.49.5 – Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante Pâncreas (por litro)	19	02

b) Retirada de órgãos no hospital onde 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 onde 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 pela alínea “b”, no hospital onde ocorreu a busca ativa do doador e a retirada de órgãos, o processo 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 AIHs quantos forem os procedimentos efetivados, 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. 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 serem fornecidos pela equipe de retirada, seus respectivos códigos devem ser registrados nas respectivas AIHs de retirada, observando-se a proibição de registro concomitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIHs das equipes.

Na hipótese prevista na alínea “c”, devem ser emitidas tantas AIHs 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), quando 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 con-

comitante destes líquidos na AIH do hospital e nas AIHs 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 onde foi realizada a busca ativa do doador e no campo “serviços profissionais” o código 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) e 46.118.01.2;
- manutenção hemodinâmica de doador para retirada de órgãos por equipe de hospital distinto daquele onde 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 onde 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. No campo “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 “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 litro)	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 “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 (1.º Cirurgia)	31, 37, 38	01
14, 17 ou 30	CNPJ/ CPF	99.800.25.0 – Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)	31	01

TIPO	CNPJ/ CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
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 (grupo 46110011) e no campo “serviços profissionais” os seguintes códigos:

TIPO	CNPJ/ CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
14, 17 ou 30	CNPJ/ CPF	99.800.27.6 – Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante (1.º Cirurgião – Cadáver)	31 ou 38	01
14, 17 ou 30	CNPJ/ CPF	99.800.29.2 – Retirada Unilateral/Bilateral de Rim para Transplante (2.º 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 (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 de Órgãos para 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 (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 (20ml)	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 (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 Y Líquido de Preservação Órgãos para transplante de Fígado (por litro)	19	04

11.48.3 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 (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 primeira linha do campo “serviços profissionais”.

TIPO	CNPJ/ CPF	PROCEDIMENTO	TIPO DE ATO	LIMITE DE UTILIZAÇÃO
13 ou 15	CNPJ Hosp. ou Terceiros	99.801.01.9 – Dosagem de Ciclosporina	32	04
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 10mg	33	120
19	CNPJ	99.870.01.0 – Ciclosporina 25mg	33	72
19	CNPJ	99.871.01.7 – Ciclosporina 50mg	33	60
19	CNPJ	99.872.01.3 – Ciclosporina 100mg	33	60
19	CNPJ	99.873.01.0 – Metilprednisolona 500mg	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 25mg	33	10
19	CNPJ	99.888.01.7 – Sirolimus 1mg/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 efetuados pelo SIA/SUS.

11.48.4 Atendimento Regime de Hospital-Dia para Intercorrências após Transplante de 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

- **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).
- **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.
- **Recursos humanos** – hematologista ou oncologista; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo.
- **Procedimentos diagnósticos** – a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos.

11.48.4.1 Autogênico

O limite de registro por AIH, para o procedimento, é de sete dias, não sendo permitido o registro de permanência a 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 seis meses da realização do transplante.

11.48.4.2 Alogênico Aparentado

O limite de registro por AIH é de 15 dias, não sendo permitido o registro de permanência a 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, podem ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

11.48.4.3 Alogênico Não Aparentado

O limite de registro por AIH é de 30 dias, não sendo permitido o registro de permanência a 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, podem ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante.

11.49 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, compostas 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, 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 Contínua (infusão venosa) I	46.100.22.9	Cirurgia Oncológica VII
79.100.18.0	Tratamento Quimioterápico de Administração Contínua (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

GRUPO	DESCRIÇÃO	GRUPO	DESCRIÇÃO
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 para Iodoterapia do Câncer Diferenciado de Tireóide III	46.100.37.7	Cirurgia Oncológica XIII
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) poderão ser realizadas por hospitais habilitados, ou não, para alta complexidade – o 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 – Intercorrências 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.

Para 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.

11.50 ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

A 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, compostas por unidades de assistência de alta complexidade cardiovascular e centros de referência de alta complexidade cardiovascular. As normas de classificação e credenciamento dos serviços, unidades e centros de referência em alta complexidade cardiovascular estão definidas na Portaria MS/SAS n.º 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 (Portaria MS/SAS n.º 210 (BRASIL, 2004h) e 513/04 (BRASIL, 2004k) e 123/05 (BRASIL, 2005h)).

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 restritos apenas aos centros de referência (Portaria n.º 123/ 28/2/05) (BRASIL, 2005h).

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
48.030.12-0	Valvuloplastia Mitral Percutânea
48.030.13-9	Valvuloplastia Tricúspide Percutânea
48.020.38-9	Troca de Aorta Descendente, incluindo abdominal.
48.020.39-7	Aneurismectomia Toracoabdominal

Os procedimentos de 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 Infra-Renal
48.020.16-8	Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas das Artérias Viscerais
48.020.17-6	Plastia Arterial com Remendo, Qualquer Técnica
48.020.39-7	Aneurismectomia Toracoabdominal.
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 Perfurocortante
77.500.50-4	Ferimento Cardíaco Perfurocortante

A realização de cada um dos procedimentos 48.020.15-0 – Aneurismectomia de Aorta Abdominal Infra-renal, 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 Toracoabdominal não deverá ultrapassar o percentual de 30% do total das cirurgias realizadas (Portaria SAS n.º 21/04) (BRASIL, 2004f).

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 Portaria MS/SAS n.º 210/04, fica estabelecido:

- 48.030.02-3 – **Biópsia Endomiocárdica** – deve ser realizada exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados em transplantes cardíacos, e não aceitará registro de permanência a maior.

- 48.040.21-5 – **Shunt Intra-hepático Porto-Sistêmico (TIPS) com Stent não Reberto** – 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% 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% 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% do total dos procedimentos eletrofisiológicos realizados (Portaria SAS n.º 123/05) (BRASIL, 2005h).

- 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 neonatais, de hospitais gerais e/ou materno-infantis, na faixa etária de zero a 30 dias, o procedimento 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 na 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 marcapasso cardíaco permanente, e do formulário “Registro Brasileiro de Cardioversores Desfibriladores Implantáveis”, para o caso de implante de cardioversor desfibrilador implantável, sendo que a quinta via deve ficar arquivada no prontuário médico.

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

11.51 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 centros de referência de alta complexidade em neurologia, habilitados em investigação e cirurgia da epilepsia:

- 40.204.12-0 – Microcirurgia para Ressecção Unilobar Extratemporal sem Monitoramento Intra-Operatório.
- 40.205.12-6 – Microcirurgia para Lesionectomia sem Monitoramento Intra-Operatório.
- 40.206.12-2 – Transecções Subpiais Múltiplas em Áreas Eloqüentes.
- 40.207.12-9 – Microcirurgia para Ressecção Unilobar Extratemporal com Monitoramento Intra-Operatório.
- 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 com ou sem uso de Eletrodo Esfenoidal.
- 40.202.12-7 – Exploração Diagnóstica Cirúrgica para Implantação de Eletrodos Invasivos Unilateral, Incluso Video-EEG.
- 40.203.12-3 – Exploração Diagnóstica Cirúrgica para Implantação de 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.

11.52 MALFORMAÇÕES/LABIOPALATAIS E/OU ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Os procedimentos dos grupos, a seguir relacionados, constantes da Tabela do SIH/SUS, que somente podem ser registrados por hospitais habilitados para alta complexidade de malformação/labiopalatal são os seguintes:

GRUPO	DESCRIÇÃO
33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Labiopalatais ou Craniofaciais
33.101.00.0	Cirurgia Múltipla em Lesões Labiopalatais e Craniofaciais
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 Craniofaciais I
33.101.09.4	Cirurgia de Lábio em Pacientes com Deformidades Craniofaciais II
33.101.10.8	Cirurgia Bucomaxilofacial em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
37.101.06.4	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
37.101.07.2	Cirurgia do Ouvido em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
37.102.04.4	Cirurgia do Nariz IV
37.103.03.2	Cirurgia Otorrinolaringológica em Pacientes com Deformidades Craniofaciais
37.107.02.0	Cirurgia de Nariz em Pacientes com Deformidades Craniofaciais

11.53 TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA

A Portaria GM n.º 221/05, que instituiu a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, por meio da organização de redes estaduais e/ou regionais 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, n.º 756, de 27/5, e n.º 765, de 29/5.

O procedimento código 39.000.01-0 – SEQUÊNCIAS DE COLUNA EM ORTOPEdia teve sua descrição alterada para PROCEDIMENTOS SEQUÊNCIAS DE COLUNA EM ORTOPEdia E/OU 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.

Os procedimentos passíveis de registro com o código 39.000.01-0 – Procedimentos Seqüenciais 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.

No registro do procedimento 39.000.01-0 – Procedimentos Seqüenciais de Coluna em Ortopedia e/ou Neurocirurgia, podem ser registrados no campo “procedimentos especiais” da AIH:

- um procedimento referente a discetomias pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea.
- 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 à retirada de enxertia óssea.
- um procedimento referente a ressecções vertebrais pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva e/ou referente à retirada de enxertia óssea.
- um procedimento referente a ressecções de tumores medulares, raquimedular extradural, intradural ou extramedular, com ou sem técnica complementar, pode ser associado a um referente à artrodese respectiva e/ou um referente à retirada de enxertia óssea.
- um procedimento referente à descompressão óssea pode ser associado a um procedimento referente à artrodese respectiva.

No registro do procedimento 39.000.00-1 – Procedimentos Seqüenciais 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.

No registro do procedimento 39.000.00-1 – Procedimentos Seqüenciais 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
1.º procedimento	100%
2.º procedimento	75%
3.º procedimento	50%

11.54 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, formadas 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 à Ortopedia e à 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 “traumatologia-ortopedia”, deste manual.

Ficou definido pela Portaria SAS n.º 765/05 que os procedimentos para o tratamento das lesões da junção craniocervical, que necessitem de estabilização com o uso do halo cervical, não deverão exceder, em conjunto, o total de 10% 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 de Eletrodos Invasivos Unilateral, Incluso Video-EEG e Exploração Diagnóstica Cirúrgica para Implantação de Eletrodos Invasivos Bilateral, Incluso Video-Eeg, não deverão exceder, em conjunto, o total de 15% 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% 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 15mm, com Colo Largo
40.206.10-6	Embolização de Aneurismas Cerebrais Maiores que 15mm com Colo Estreito
40.207.10-2	Embolização de Aneurismas Cerebrais Maiores que 15mm com Colo Largo

11.55 DISTÚRBIOS DO SONO (POLISSONOGRAFIA)

Os procedimentos de polissonografia, incluídos na 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.

11.56 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 n.º 628/01.

Decorridos 12 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 à gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva incluiu através da Portaria MS/GM n.º 545/02 os procedimentos a seguir.

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 Seqüenciais em pacientes Pós-Gastroplastia

O registro do procedimento 38.000.00-8 – Cirurgias Plásticas Seqüenciais em pacientes Pós-Gastroplastia será efetuado da seguinte forma:

- os procedimentos do grupo 38101041 podem ser registrados simultaneamente (no máximo 2) 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.

11.57 TRATAMENTO DA OSTEOGÊNESIS IMPERFECTA

A Portaria GM n.º 2.305/01 aprova o Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico da osteogênese 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 Osteogênese Imperfecta (TOI) no SUS. É obrigatório o preenchimento de todas as informações contidas na Ficha de Inclusão de Pacientes ao TOI, pelas unidades que efetuem 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 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 Osteogênese Imperfecta

Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS o Grupo de Procedimentos e os procedimentos, descritos a seguir.

- 83.100.05.9 – Tratamento Clínico da Osteogênese 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 centros de referência em osteogênese imperfecta. As despesas decorrentes do TOI são custeadas com recursos do Faec, como procedimento estratégico.

11.58 LIPODISTROFIA

Incluídos na Tabela do SIH/SUS procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de aids e usuários de antiretrovirais (Portaria GM n.º 2.582/04) (BRASIL, 2004e). Os procedimentos de lipodistrofia só podem ser realizados por serviços habilitados em conformidade com a Portaria SAS n.º 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 MS/MEC 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:

- paciente com diagnóstico de HIV/aids e lipodistrofia decorrente do uso de antiretroviral;
- pacientes submetidos à terapia antiretroviral por pelo menos 12 meses;
- pacientes que não responderam ou não podem ser submetidos a mudança da terapia ARV;
- pacientes clinicamente estáveis, ou seja, aqueles sem manifestações clínicas sugestivas de imunodeficiência nos últimos seis meses;
- resultados clínico-laboratoriais:
 - a) CD4 > 350 cels/mm³ (exceto para lipoatrofia facial).
 - b) carga viral < 10.000 cópias/ml e estável nos últimos seis 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:

- qualquer condição clínica ou comorbidade descompensada nos últimos seis meses, que confira aumento de risco ao procedimento;
- qualquer tratamento concomitante com anticoagulantes, imunomoduladores, imunossupressores e/ou quimioterápicos.

11.59 TERAPIA NUTRICIONAL

A 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 MS/SAS 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	Quantidade utilizada, 1 por dia de interna- ção, no limite de 99.
50	CNPJ	98.302.01-9 – Nutrição Parenteral Pediátrica	55	Quantidade utilizada, 1 por dia de interna- ção, no limite de 99.
30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.303.01-5	06 e 55	1
30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.303.02-3	06 e 55	1
50	CNPJ	98.401.01-7	55	Quantidade utilizada, 1 por dia de interna- ção, no limite de 30.
50	CNPJ	98.402.01-3	55	Quantidade utilizada, 1 por dia de interna- ção, no limite de 30

50	CNPJ	98.501.01-1 – Nutrição Enteral Adulto	55	Quantidade utilizada, 1 por dia de internação, no limite de 99.
50	CNPJ	98.502.01-8 – Nutrição Parenteral Adulto	55	Quantidade utilizada, 1 por dia de internação, no limite de 99.
30;45;49;50	CNPJ ou CPF	98.503.01-4	55	1

Para 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 à CGSI/DRAC/SAS/MS, em 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.

12.2 LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Define-se como uma cirurgia em que, após incisão ampla e exploração abdominal completa, não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso (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 osteointegrado extra-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 CID 10, 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 (SVE) da secretaria municipal de saúde/secretaria estadual de saúde.

As AIHs com procedimento constante da Portaria n.º 20 serão bloqueadas pelo SIHD, para análises do serviço de vigilância epidemiológica. Após o processamento, o sistema emitirá um relatório com a relação das AIHs com ANC bloqueadas, assim como das AIHs desbloqueadas com a CID correspondente e o respectivo autorizador. O relatório deverá ser disponibilizado para o serviço de vigilância epidemiológica (SVE) 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 AIHs com ANC bloqueadas, assim como das AIHs 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 Portaria MS/SAS n.º 74/94, revogada pela Portaria MS/SAS n.º 448, de 2002.

13 FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH

A hospitalização de um paciente resultará na prestação de serviços profissionais (SP), serviços hospitalares (SH) 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 à 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 primeiro auxiliar e 20% para os demais auxiliares. A remuneração dos SPs prestados por cada hospital é feita obedecendo à seguinte sistemática:

- Somam-se os valores em reais que correspondam aos SPs registrados na AIH.
- Soma-se o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos realizados, registrados na AIH. Obtém-se o valor do ponto dos SPs por AIH, mediante a divisão do valor em reais dos SPs pelo total de pontos dos atos médicos.
- Soma-se o número de pontos correspondentes aos atos profissionais, prestados por cada uma das pessoas: física ou jurídica.
- Multiplica-se o valor dos pontos dos SP pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se aí o valor em reais, a ser pago.
- Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado SP correspondem à somatória dos valores encontrados em cada local de trabalho. Do valor assim obtido, serão deduzidos os descontos previstos em lei. A remuneração dos SADTs observa a mesma sistemática, porém o rateio é feito pela pontuação do hospital e não por AIH, como no caso de SP. 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. No caso de anestesia nas AIHs de partos e queimados, o pagamento é feito através de código próprio e também não sofre rateio.

EXEMPLOS:

1) Valor dos Pontos Profissionais é igual:

Valor dos serviços profissionais da AIH em reais, menos 30%, caso haja registro de anestesia dividido pela soma do número de pontos dos serviços profissionais da AIH.

2) Valor dos Pontos de SADT é igual:

Valor dos serviços de SADT do hospital em reais dividido pela soma do número de pontos de SADT do hospital.

3) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

Número de pontos acumulados por profissional na AIH *versus* valor do ponto de SP da AIH.

4) Valor a ser recebido pelo SADT é igual:

Número de pontos acumulados por SADT no hospital *versus* 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 = 1.800.

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, tem-se o 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.

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

Ficando R\$583,10 para ratear com os demais profissionais cujo CPF/CNPJ foram registrados na AIH.

Cálculo da quantidade de pontos de cada participante (exceto para o anestesista que não tem pontos).

Cirurgião = 1.800 (a mesma quantidade de pontos de ato médico do procedimento, constante na tabela).

1.º auxiliar = 540 (correspondentes a 30% de 1.800 pontos do cirurgião).

2.º auxiliar = 360 (correspondentes a 20% de 1.800 pontos do cirurgião).

Somam-se os pontos calculados para cada participante, totalizando 2.700 pontos. O valor dos pontos será calculado da forma a seguir:.

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

$$\text{R\$ } 583,10 / 2.700 = 0,21596$$

$$\text{Valor do ponto} = 0,21596$$

Cálculo para apuração do valor de cada participante

Multiplica-se o valor dos pontos pela quantidade de pontos de cada participante

$$\text{Cirurgião} = 0,21596 * 1.800 = \text{R\$ } 388,73$$

$$1.^{\circ} \text{ auxiliar} = 0,21596 * 540 = \text{R\$ } 116,62$$

$$2.^{\circ} \text{ auxiliar} = 0,21596 * 360 = \text{R\$ } 77,75$$

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 relacionados a seguir, cujo conjunto é a composição mínima exigida para um correto prontuário médico.

Composição mínima

- Ficha de identificação e anamnese do paciente.
- Registro gráfico de sinais vitais.
- Ficha de evolução/prescrição médica.
- Ficha de evolução de enfermagem.
- Ficha de registro de resultados de exames laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares.
- Ficha para registro de resumo de alta.
- Ficha para descrição do ato cirúrgico (em procedimentos cirúrgicos).
- Ficha para descrição do ato anestésico (em procedimentos anestésicos).
- Partograma e ficha do recém-nato (em obstetrícia).
- Folha de débito do centro cirúrgico (gasto de sala).

Obrigatoriedade do preenchimento

- Todos os documentos do prontuário médico deverão estar corretamente preenchidos (letra legível, assinados e carimbados).
- Prescrição e evolução médica diária (exceto para psiquiatria), assinadas e carimbadas.
- Relatório diário de enfermagem, assinado.
- Registro diário dos sinais vitais.
- Descrição do ato cirúrgico e do ato anestésico (nos procedimentos cirúrgicos).

- Deverá ser anexada ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares.
- Deverá ser anexada ao prontuário uma 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 à 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 n.º 1.639/02) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002b).

15 LEGISLAÇÃO IMPORTANTE

Lei n.º 8.069, de 13/7/1990 – 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. (BRASIL, 1990a).

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 1 13/97, que regula os internamentos dos pacientes nas unidades do SUS, a emissão da 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, o 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	VERSÃO ERRADA DO SISAIH01
2	AIH COM MAIS DE 84 ATOS PROFISSIONAIS
4	NÚMERO DA AIH FORA DA SÉRIE DISTRIBUÍDA
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 MÉDICO AUTORIZADOR ERRADO
11	ESP. PROC. AUTORIZ. DIF 21 ou < 31
12	PROCED. NÃO PODE SER REGISTRADO NO CPO MED. AUDIT.
13	COBRANÇA INDEVIDA DE FATOR COAGULAÇÃO
14	DIÁRIA RN PARA PROCED. DIFERENTE DE PARTO
15	DIÁRIA RN INCOMPATÍVEL COM DIAG. SECUNDÁRIO
16	AIH INICIAL SEM AIH DE CONTINUAÇÃO
17	AIH DE CONTINUAÇÃO SEM AIH INICIAL
18	AIH DE IDENTIFICAÇÃO 5 COM CONTINUAÇÃO
19	AIH DE IDENT 5 PARA ESP. DIFER. DE PS/PFT
20	IDENTIFICAÇÃO DIFER. DE 1 E 5
21	FALTA CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
22	NÚM. DE DIÁRIAS RN SUPERIOR AO PERMITIDO
23	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO NÃO EFETUADA
24	ESTE CÓDIGO NÃO PODE MUDAR PROCEDIMENTO
25	PROCED. AUTORIZ INCOMPATÍVEL C/ REALIZ./ERRADA
26	NÚM. APLIC. NUT PARENTERAL > DIAS INTER
27	NÚM. APLIC. QUIMIOTERAPIA > DIAS INTER
28	LIM. CICLOSPORINA SUPERIOR PERMITIDO
29	LIM. QUIMIOTERAPIA SUPERIOR PERMITIDO
30	AIDS SÓ PERMITE A COBRANÇA 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 PERÍODO DE INTERNAÇÃO
34	COBRANÇA DE UTI/UI INDEVIDA
35	ESPECIALID 5 NÃO PERMITE COBRANÇA DE UTI/UI
36	ACOMP. INCOMPATÍVEL COM ESPECIALIDADE
37	DIÁRIA DE ACOMP./IDOSO > TEMPO DE INTERNAÇÃO
38	CPF DO AUTORIZADOR UTI/ACOMP ERRADO
39	TMO NÃO PERMITE COBRANCA: CAMPO MED AUDIT/UI

40	AIH INICIAL S/COBRANÇA DE SERVICOS PROF.
41	PSIQUIATRIA NÃO PERMITE OPM
42	TIPO DO PROFISSIONAL INCOMP. COM ESPECIALIDADE
43	PROC. NÃO PERMITE COBRANÇA DE OPM/HEMOTERAPIA
44	FALTA CPF/CGC DO PROFISSIONAL
45	CPF/CGC DO PROFISSIONAL ERRADO
46	SÓ HOSP. PODE REGISTRAR ESTE TIPO
47	PROFISSIONAL NÃO CADASTRADO
48	CGC NÃO É FORNECEDOR DE OPM
49	CGC NÃO É BANCO DE SANGUE
50	CGC DO PROFISSIONAL INCOMPATÍVEL COM ATO
51	CARÁTER DE INTERNAÇÃO ERRADO
52	FALTA ATO PROFISSIONAL
53	ATO PROFISSIONAL ERRADO
54	ATO PROF. DE PEDIATRIA EFETUADO EM ADULTO
55	CÓDIGO NÃO PODE SER ATO PROFISSIONAL
56	PSIQUIATRIA SÓ PODE ATO GRUPO 63
57	ESP 4 SÓ COM CÓDIGO PRÓPRIO/CONSULTA
58	TIPO INCOMPATÍVEL ATO PROFISSIONAL (OPM)
59	ATO PROFISSIONAL INCOMPATÍVEL COM TIPO
60	DATA DA EMISSÃO ERRADA
61	NÚMERO DE LINHAS PREENCH. DIFER. LINHAS DIGIT.
62	TIPO DO ATO INCOMP. PARA PESSOA JURÍDICA
63	TIPO DO ATO ERRADO
64	TIPO DO ATO INCOMPATÍVEL COM ATO PROFISSIONAL
65	ESP. 4 E 5 SÓ PODEM TIPO ATO 07
66	PROF. 4 SÓ PODE TIPO ATO MENOR 08
67	TIPO ATO INCOMPATÍVEL COM TIPO
68	QUANTIDADE ATO ERRADO
69	SERV. PROFISSIONAL COM CAMPO ZERADO
70	FALTA CPF DIRETOR CLÍNICO
71	UTI/UI MÊS INICIAL ERRADO
72	PROCEDIMENTO REALIZADO ERRADO
73	PROCED. REALIZADO DIFERENTE DO SOLICIT./AUTORIZ.
74	PROCED. REALIZADO INCOMPATÍVEL C/ESPECIALIDADE
75	PROCED. REALIZADO INCOMPATÍVEL C/IDADE
76	TRAT. AIDS SÓ COM CÓDIGO 70.000.00-0
77	DATA DA INTERNAÇÃO ERRADA
78	DATA DA INTERNAÇÃO > DATA DA SAÍDA
79	DATA DA INTERNAÇÃO ANTERIOR À DATA DE NASCIM.
81	DATA DA SAÍDA ERRADA

82	DATA DA SAÍDA > DATA APRESENTAÇÃO
83	PERMANÊNCIA MEIO DE MÊS EM ESP. 4 OU 5
84	TEMPO DE PERMANÊNCIA MAIOR QUE PERMITIDO
85	FALTA DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
86	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ERRADO
87	COBRANÇA ERRADA
88	COBRANÇA DE PERMANÊNCIA EM OBST./CAPS
89	COBRANÇA DE PERM. POR PERÍODO < 20 DIAS
90	VERSÃO ERRADA DO PROGRAMA DE ENTRADA
91	VERSÃO ERRADA DO PROGRAMA DE CONVERSÃO
92	VERSÃO ERRADA DO PROGRAMA DE ENTRADA/CONVERSÃO
93	TEMPO MAIOR QUE PERMITIDO NA AIH 1 ESP 4/5
94	ESPECIALIDADE ERRADA
95	COBRANÇA INDEVIDA DIÁRIA DE RECÉM-NATO
96	PERM. A MAIOR SUPERIOR AO PERMITIDO
97	PROCEDIMENTO AUTORIZADO NÃO CADASTRADO
98	UTI/UI MÊS ANTERIOR ERRADO
99	COBRANÇA INDEVIDA DE PERM. A MAIOR
100	COBRANÇA UTI/UI INDEVIDA: HOSPITAL SEM LEITOS
102	COBROU DIÁRIA ACOMP. P/ HOSP. NÃO FILANTR./CONTR.
103	TEMPO PERMANÊNCIA MAIOR QUE PERMITIDO – TMO
104	PROCED. REALIZADO NÃO CONSTA TABELA PROCED.
105	ATO PROFISSIONAL NÃO CADASTRADO
106	HOSPITAL NÃO CADASTRADO
107	HOSPITAL BLOQUEADO
108	HOSPITAL EXCLUÍDO
109	UTI/UI MÊS ALTA ERRADO
110	HOSPITAL NÃO CADASTRADO NA ESPECIALIDADE
111	TRANSPLANTE RENAL PARA HOSP. NÃO CADASTRADO
112	HOSPITAL NÃO HABILITADO EM TMO
113	HOSPITAL NÃO HABILITADO EM CÂNCER
115	HOSPITAL NÃO HABILITADO EM AIDS
116	TIPO ERRADO
117	NATUREZA DO HOSPITAL ERRADA
118	LONGA PERMANÊNCIA P/AIH1 NÃO 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 INTERNAÇÃO DA AIH 5 DIFER DA AIH 1
123	COBRANÇA INDEVIDA DE LONGA PERMANÊNCIA
124	TAXA DE OCUPAÇÃO DE UTI > LIMITE

125	COD OPM/ATO PROF NÃO CADASTRADO
126	MATERIAL INCOMPATÍVEL COM PROCED. REALIZADO
127	HABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR INCOMPATÍVEL
128	HABILITAÇÃO ORTOPÉDICA INCOMPATÍVEL
129	QUANTIDADE MATERIAL SUPERIOR AO PERMITIDO
130	AIH PAGA NESTE PROCESSAMENTO
131	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO ERRADO
132	PROCED. ESP. EXCEDE LIM. – CPO. MED. AUDITOR
133	CIRURGIA MÚLTIPLA – COBRANCA INDEVIDA
134	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO NÃO AUTORIZADO
135	HOSPITAL NÃO É TIPO IX (PSQ)
136	IMPLANTE DENTÁRIO NÃO AUTORIZADO
137	NUM DIÁRIAS SUPERIOR CAPACIDADE INSTALADA
138	USO INDEVIDO DE MATERIAL (OPM)
139	HOSP. PUB/HUE NÃO PODE REGISTRAR TIPO 7/8
140	DATA SAÍDA > COMPETÊNCIA DO PROCESSAMENTO
141	HOSP. PUB/HUE NÃO PODE TER TIPO 7/8
142	PSQ HOSPITAL-DIA GERAL, CAPS NÃO PERMITEM AIH 5
143	HOSP. NÃO CAD. PSQ IV
144	HOSP. NÃO CAD. P/ PROCED. LABIOPALATAIS
145	HOSP. SEM AUTORIZAÇÃO P/ REALIZAR PROCED.
146	HOSP. NÃO HABILITADO PARA TRANSP. FÍGADO
147	HOSP. NÃO HABILITADO PARA TRANSP. PULMÃO
148	HOSP. NÃO HABILITADO PARA TRANSP. CORAÇÃO
149	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO ERRADO
150	PROCEDIMENTO EXIGE HABILITAÇÃO
151	PSQ/FPT NÃO ADMITE PERM. A MAIOR
152	PROCED. INCOMPATÍVEL COM TIPO DA HABILITAÇÃO CARDIO- VASCULAR
153	ESP./PROCED. NÃO PERMITE COBR. CPO MED. AUDITOR
154	TRATAMENTO EPILEPSIA SÓ PERMITE TIPO 3/4
155	EPILEPSIA NÃO PERMITE UTI/UI/SANGUE/OPM/CMA
156	HOSP. NÃO HABILITADO EM EPILEPSIA
157	PROCED. SOLICITADO NÃO PERMITE MUDANÇA DE PROC.
158	COBRANCA DE UTI INDEVIDA
159	CPF DO DIRETOR CLÍNICO ERRADO
160	FALTA PROCEDIMENTO REALIZADO
161	DATA DA INTER SUPERIOR A 15 DIAS DA EMIS
162	QTD ATOS > TEMPO DE INTERNAÇÃO – HOSPITAL-DIA
163	AIH SÓ PERMITE COBRANÇA DE REABILIT. VISUAL
164	ATO PROFISSIONAL NÃO É DE HOSPITAL-DIA

165	FALTA PROC. AUT P/31000002/39000001/70000000
166	ESPEC SÓ PERMITE TIPO ATO=7 OU 19
167	ATO PROF. DIFERENTE DO REALIZ./AUTORIZ.
168	NOTA FISCAL OPM NÃO INFORMADA
169	COBRANÇA DE OPM P/CGC DIF DO HOSPITAL
170	TOTAL DE UTI+UI MAIOR QUE PERÍODO DE INTERNAÇÃO
171	COBRANÇA DE ATEND. RECÉM-NATO P/ COD. DIF. PARTO
172	HOSPITAL PERTENCE MUNICÍPIO EM GESTÃO 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 MUNICÍPIO INVÁLIDO
178	AIH SEM LANC. SP NOS ATOS PROF.
179	TEMPO PERM. INCOMPATÍVEL C/ PROCED. REALIZADO
180	DIAG. PRINCIPAL (CID) INCOMPATÍVEL C/ SEXO
181	ATO CLÍNICO DIFERENTE DE CONSULTA
182	MESMO CPF P/ CIRURG./ANEST./AUX. CIRURG.
183	MESMO CPF P/ MAIS DE UM AUXÍLIO CIRÚRGICO
184	CIRURGIA – QTDE ATOS PROF. MAIOR QUE PERMITIDO
185	CIR. MULT./POLI. NÃO LANÇADO NOS ATOS MÉDICOS
186	PROCED. REALIZADO INCOMPATÍVEL C/ ATO MÉDICO
187	ALTA NÃO PODE SER DADA DIRETO DA UTI
188	PROC. REALIZADO INCOMPATÍVEL C/ FAIXA ETÁRIA
189	HOSP. NÃO PERTENCE MUNICÍPIO EM GESTÃO PLENA
190	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO COLUNA
191	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO QUADRIL
192	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO JOELHO
193	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO MÃO
194	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO OMBRO
195	HOSP. NÃO HABILITADO EM ORTO TUM ÓSSEO
196	HOSP. NÃO É AMIGO DA CRIANÇA
197	HABILITAÇÃO CÂNCER INCOMPATÍVEL C/ MATERIAL
198	TIPO INVÁLIDO
199	DATA DE EMISSÃO INVÁLIDA
200	HOSPITAL PERTENCE ESTADO EM GESTÃO PLENA
201	HOSP NÃO PERTENCE ESTADO EM GESTÃO PLENA
202	QUANTIDADE DO ATO SUPERIOR AO LIMITE
203	ESTADO PAC. = ESTADO HOSP. ALTA COMPLEXIDADE
204	COBRANÇA UTI/UI MÊS INICIAL < INTERNAÇÃO
205	COBRANÇA UTI/UI MES ANT < INTERNAÇÃO

206	COBRANÇA UTI NOVA DE FORMA INDEVIDA
207	PROCEDIMENTO REPETIDO NO CAMPO MED. AUD.
208	PROCED. NÃO ESTÁ NA LISTA ALTA COMPLEXIDADE
209	HOSP. NÃO AUTORIZADO P/ REGISTRAR URG./EMERG.
210	PROCED NÃO AUTORIZ P/ REGISTRAR URG./EMERG.
211	MEDICAMENTO REGISTRADO DE FORMA INDEVIDA
212	COBR. INDEVIDA DE DIÁRIA ACOMP. P/ IDOSO
213	DIÁRIA ACOMP. IDOSO: PACIENTE < 60 ANOS
214	HOSP. NÃO RECADASTRADO P/ FCES
215	COD 31803016 INCOMP COM PROCED. REALIZ.
216	HOSP PUB/HUE NÃO PODE REGISTRAR OPM P/ TERCEIROS
217	PACIENTE > 1 ANO NÃO PODE REGISTRAR UTI NEONATAL
218	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UI > LIMITE
219	CEP. PACIENTE NÃO PODE SER GENÉRICO
220	ALTA ANTERIOR A 6 MESES DO PROCESSAMENTO
221	VERSÃO DO SGAIH ERRADA
223	AIH DE HOMÔNIMO BLOQUEADA PELO GESTOR
224	PARTO C/ CPO INSCRIÇÃO PRÉ-NATAL ZERADO
225	AIH FORA DA FAIXA DO ESTADO
226	MATERIAIS DE OPM EXCLUDENTES
227	INCENTIVO REG. CIVIL NASC. SEM CERTIDÃO
228	HOSP./MANT. SEM CONTA-CORRENTE E/OU AG. BANCÁRIA (CNES)
229	MANTENEDORA NÃO CADASTRADA (CNES)
230	HOSP./MANT. C/ CONTA E/OU AGÊNCIA INVÁLIDA (CNES)
231	MANT. C/ UF, MUNICÍPIO OU CEP EM BRANCO (CNES)
232	TERC. C/ MUNICÍPIO/UF/CEP EM BRANCO (CNES)
233	TERC. C/ AG. BANC./CONTA-CORRENTE INVÁLIDA
234	NATUREZA MOVIMENTO DIFERENTE DA DO CADASTRO
235	PROCEDIMENTO INCOMP. C/ CARÁTER INTERNAÇÃO
236	AIH BLOQUEADA POR AUTORIZADOR NÃO 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 oito 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 sequencial 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 (Cirúrgica)

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	Entero-Infecção em Pediatria
76.400.27-1	4 - procedimento em lactente	Entero-Infecção em Lactente
74.500.25-2	5 - procedimento em adulto	Entero-Infecção 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

Os códigos de identificação dos procedimentos, componentes e diárias especiais da Tabela do SIH/SUS são compostos de oito dígitos (92.yyy.zz.d a 99.yyy.zz.d), distribuídos em 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 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:

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.

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

21 COMPATIBILIDADE CID *VERSUS* PROCEDIMENTO

Na Portaria MS/SAS n.º 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 à importância do assunto, reproduzimos a **RESOLUÇÃO CFM n.º 1.614/2001, de 8/2/01**.

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

Art. 2.º - 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. 3.º - 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. 4.º - O médico, na função de auditor, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 5.º - 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 necessários.

Art. 6.º - 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 1.º - É vedado ao médico, na função de auditor, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa ou dever legal.

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

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

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

Art. 7.º - 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 1.º - 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 2.º - O médico assistente deve ser, antecipadamente, cientificado, quando da necessidade do exame do paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

Parágrafo 3.º - 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. 8.º - 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. 9.º - 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

A Portaria MS/SAS n.º 176/03 altera o tipo de prestador/natureza de estabelecimento de saúde cadastrado 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	Filantrópico 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 A ZERO – PORTARIA N.º 38 DE 17/5
1004	VERSÃO ERRADA DO SISAIH01
1005	PROCED. NÃO ESTÁ NA LISTA DE ALTA COMPLEXIDADE
1006	ESTADO PAC. = ESTADO HOSP. ALTA COMPLEXIDADE
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 CADASTRADA 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 A 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 CONSEQUENTE 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 PERMANÊNCIA 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 /1.º. DIA P /PROCED. C/ MP > 2 DIAS = 1.º 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 IDENTIFICAÇÃO 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. RECÉM-NATO SUPERIOR AO PERMITIDO
2107	MUDANÇA 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 AO PERMITIDO
2117	AIDS NÃO PERMITE REGISTRO SUPERIOR A 4 GRUPOS
2118	PROCED. ESPECIAL SUPERIOR AO LIMITE PERMITIDO
2119	REGISTRO INDEVIDO DE CIRURGIA MÚLTIPLA
2120	SOMENTE HOSP. UNIVERS./ENSINO PODE REGISTRAR ESTE MEDICAMENTO
2130	DIÁRIAS UTI/UI MÊS INICIAL SUPERIOR AO PERMITIDO
2131	QTD DIAS UTI MÊS ALTA NÃO INFORMADA
2133	MÊS INICIAL INFORMADO E MÊS ANTERIOR NÃO INFORMADO (SUSPENSO)
2134	TOTAL DE UTI INFORMADO E MÊS ALTA NÃO INFORMADOS (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 DE 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 DUPLICADO 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 INDEVIDO DE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE IDOSO
2178	DIÁRIAS DE ACOMPANHANTE SUPERIORES 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 MEDICAMENTOS INDEVIDO
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 PROFIS- SIONAL 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 PROCEDI- MENTO REALIZADO
2293	PROCEDIMENTO REALIZADO DIFERENTE DO SOLICITADO/AU- TORIZADO
2294	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL COM A ESPECIALI- DADE
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 INTERNAÇÃO ANTERIOR A 1.º/1/91 – TMO
2315	DATA DA INTERNAÇÃO 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 DA APRESENTAÇÃO
2323	CRÔNICOS/FPT/PSIQUIATRIA NÃO PERMITEM PERMANÊNCIA EM MEIO DE MÊS
2324	TEMPO DE PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO PARA AIH IDENT 5
2325	DATA SAÍDA 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 INDEVIDO 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 INDEVIDO 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 DE PERMANÊNCIA SUPERIOR AO PERMITIDO
3296	PROCEDIMENTO REALIZADO NÃO CADASTRADO
3298	PROCEDIMENTO REALIZADO INCOMPATÍVEL COM SEXO
3299	TEMPO DE 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

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997. Regula a retirada e doação de órgão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1.º jul. 1997a. Seção 1.

_____. Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Define as atribuições do Enfermeiro Obstetra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jun. 1987. Seção 1.

_____. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a profissão de Enfermeiro Obstetra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1.

_____. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Define o período em 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 jul. de 1990a. Seção 1.

_____. Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Seção 1. Republicada em 20 ago. 1997. Seção 1.

_____. Lei n.º 9.434, de 4 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, 5 fev. 1997b. Seção 1.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1.

_____. 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 nov. 1984. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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 jan. 2001a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiqui-

átrica Hospitalar no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 jan. 2004a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 53, de 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 jan. 2004b. Seção 1. Retificada em 3 mar. 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 92, de 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 jan. 2001b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 221, de 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 fev. 2005a. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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, 4 fev. 2002a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 252, de 6 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, 8 mar. 1999a. Seção 1. Republicada em 30 mar. 2006. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 280, de 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 abr. 1999b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 343, de 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 mar. de 2005b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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 abr. de 2000a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 545, de 18 de março de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS Cirurgias Plásticas Corretivas Sequenciais em Pacientes Pós-Gastroplastia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 mar. 2002b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 569, de 1.º 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 jun. 2000b. Seção 1. Republicada em 18 ago. 2000. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 570, de 1.º de junho de 2000. Institui o Componente I 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, 8 jun. 2000c. Seção 1. Republicada em 18 ago. 2000. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 571, de 1.º 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, 8 jun. 2000d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 572, de 1.º 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 jun. 2000e. Seção 1. Republicada em 14 nov. 2000. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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 abr. 2001c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 693, de 5 de julho de 2000. Aprova as Normas de Orientação para implantação do Método Canguru, destinado à atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 jul. 2000f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 702, de 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 abr. 2002c. Seção 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 738, de 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 abr. 2002d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 817, de 30 de abril de 2002. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para o Tratamento de Transtorno Decorrente do uso de Álcool e/ou Outras Drogas e estabelece critérios para sua utilização. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 maio 2002e. Seção 1. Republicada em 5 set. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 821, de 4 de maio de 2004. Determina a descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar – SIH. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 maio 2004c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 822, de 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 jun. 2003a. Seção 1. Retificada em 18 jul. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 830, de 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 jun. 1999c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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 jul. 1990c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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 2002f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 1.016, 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, 1.º set. 1993a. Seção 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 1.169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 jun. 2004d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 1.274, de 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 a Queimados. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 2000g. Seção 1. Republicada em 26 fev. 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 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, 9 ago. 2002g. Seção 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 1.687, 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 set. 2002i. Seção 1. Republicada em 7 nov. 2002. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 1.969, de 25 de outubro de 2001. Torna obrigatório informar na AIH o CID Principal e CID Secundário, nos registros de causas externas e de agravos à saúde do trabalhador (replicação). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 out. 2001e. Seção 1. Republicada em 19 jun. 2002. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.305, de 19 de dezembro de 2001. Aprova Protocolo de Indicação de Tratamento Clínico das Osteogênese Imperfecta e Inclui na tabela do SIH/SUS os procedimentos para o tratamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 dez. 2001f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.413, de 23 de março de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos para Cuidados Prolon-

gados, e estabelece requisitos para credenciamento de hospitais para sua realização. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 mar. 1998a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.414, de 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 mar. 1998b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.416, 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 mar. 1998c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.418, de 2 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, 6 dez. 2005c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Ontológica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 dez. 2005d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 out. 2006b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.582, de 2 de dezembro de 2004. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de antiretrovirais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 dez. 2004e. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 ago. 1998d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 3.477, de 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 ago. 1998e. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Ordem de Serviço INAMPS n.º 199, de 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 abr. 1992a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. 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, 1.º ago. 1990d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde. *Manual do Sistema de Informação Hospitalar*. [S.l., 200-?]. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 17, de 6 de fevereiro de 2003. Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 fev. 2003b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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 fev. 1994a. Seção 1.

_____. 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 jan. 2000h. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 38, de 1.º de abril de 1998. Estabelece código para os procedimentos incluídos do SIH pelas Portarias n.ºs 2.413, 2.414, 2.416, 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, 2 abr. 1998f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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 fev. 1999e. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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 fev. 2000i. Seção 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 77, de 1.º de fevereiro de 2002. Inclui, na tabela do SIH/SUS, procedimentos psiquiátricos para hospitais classificados de acordo com a Portaria MS/GM n.º 251/02. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 fev. 2002j. Seção 1. Republicada em 6 fev. 2002. Seção 1.

_____. 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 jun. 1997c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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, 3 jun. 1994b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º MS/SAS 113, de 4 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, 5 set. 1997d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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, 4 maio 2000j. Seção 1. Republicação.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 126, de 17 de setembro de 1993. Inclui, na tabela de SIH, procedimentos para tratamento de lesões lábio-palatais e craniofaciais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 set. 1993c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS 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, 5 ago. 1994c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 134, de 22 de agosto de 1994. Altera a sistemática de apresentação 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 ago. 1994d. Seção 1. Retificada em 12 set. 1994. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 147, de 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 ago. 1994e. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 163, de 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 dez. 1993d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 165, de 23 de setembro de 1998. Inclui procedimento de Polissonografia – Distúrbio do Sono. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 set. 1998g. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 187, de 16 de outubro de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS, o procedimento Cirurgia Múltipla – Pacientes com Lesões Labiopalatais ou Craniofaciais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 out. 1998h. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria MS/SAS n.º 249, de 12 de abril de 2002. Define critérios para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília DF, 16 abr. 2002k. Seção 1.

_____. 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 ago. 1999f. Seção 1. Republicada em 10 set. 1999. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 503, de 3 de setembro de 1999. Inclui na tabela de SIH procedimentos para tratamento de lesões labiopalatais e craniofaciais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 set. 1999g. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 579, de 20 de dezembro de 2001. Compatibiliza procedimentos com CID de Causas Externas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 dez. 2002l. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria MS/SAS n.º 922, de 26 de novembro de 2002. Altera a sistemática para apresentação de AIH em meio magnético. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 nov. 2002m. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 11, de 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 mar. 1995. Seção 1. Republicada em 6 abr. 1995. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria Conjunta SAS/SVS n.º 20, de 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 maio 2005e. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 21, de 27 de janeiro de 2004. Exclui a Equipe de Transplante Habilitada pela Portaria SAS/MS n.º 412, de 1.º de outubro de 2001, publicada no DOU n.º 189, de 2 de outubro de 2001, seção 1, página 54, conforme n.º do SNT 1 11 01 BA 05. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 jan. 2004f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 mar. 1998i. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 95, de 15 de fevereiro de 2005. Define normas de credenciamento/habilitação das Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 fev. 2005f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 jun. 1994f. Seção 1. Republicada em 1.º de julho de 1994. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 fev. 2006c. Seção 1.

_____. 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 fev. 2006d. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 114, de 4 de julho de 1996. Cria grupos de procedimentos no SIH/SUS, conforme relação

anexa os procedimentos ora criados só poderão ser utilizados por unidades hospitalares previamente credenciados pela SAS/MS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 jul. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 118, de 23 de fevereiro de 2005. Define atributos para os procedimentos de cirurgias reparadoras para pacientes portadores de AIDS e usuários de antiretrovirais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 fev. 2005g. Seção 1.

_____. 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, 1.º mar. 2005h. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 124, de 1.º de março de 2005. Altera para março/2005 a obrigatoriedade do registro do VDRL. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 março 2005i. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 158, de 5 de maio de 2004. Inclui, 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, 6 maio 2004g. Seção 1.

_____. 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, de Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPM. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2005j. Seção 1. Retificada em 27 abr. 2005. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 210, de 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 jun. 2004h. Seção 1. Republicação dos anexos em 27 jul. 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 216, de 16 de junho de 2004. Altera a redação dos procedimentos de cateterismo e a sua forma de registro na AIH. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jun. 2004i. Seção 1.

_____. 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 exclusão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 jun. 2004j. Seção 1 e 23 ago. 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 224, de 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 mar. 2006e. Seção 1.

_____. 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 para diária de acompanhante para gestante. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 mar. 2006f. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 294, de 15 de julho de 1999. Aprova instruções quanto à realização e cobrança dos transplantes de órgãos no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 jul. 1999h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 304, de 10 de agosto de 2001. Estabelece a inclusão de Módulo de Segurança no Programa SISAIIH, e torna obrigatório arquivar no prontuário médico do paciente o Espelho de AIH – Definitivo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 ago. 2001g. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 316, de 8 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, 9 maio 2006g. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 434, de 14 de 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 jun. 2006h. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 438, de 16 de novembro de 2000. Define os códigos de Tipo com e sem vínculo com o hospital. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 nov. de 2000k. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 448, de 8 de julho de 2002. Revoga a Portaria MS/ n.º 74, de 4 de maio de 1994, pela qual

o hospital deveria entregar, ao paciente, demonstrativo contendo os dados referentes à sua internação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 9 jul. 2002n. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 465, de 7 de dezembro de 2000. Inclui 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, 8 dez. 2000l. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 out. 2005k. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 513, de 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 set. 2004k. Seção 1.

_____. 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 out. 2005l. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para os gestores estaduais/municipais de saúde o registro das habilitações no SCNES. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 ago. 2006i. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 nov. 2005m. Seção 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 675, 1.º 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, 5 dez. 2005n. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 741, de 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 dez. 2005o. Seção 1.

_____. 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 dez. 2005p. Seção 1. Republicada em 4 abr. 2006. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 756, de 27 de dezembro de 2005. Exclui, altera e inclui, na tabela do SIH/SUS, procedimentos de Neurologia e Neurocirurgia, define procedimentos comuns à Ortopedia, à Neurocirurgia, a Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPM compatíveis. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 dez. 2005q. Seção 1. Republicada em: 19 maio 2006. Seção 1. Republica os anexos III, V, VI e VII.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 765, de 29 de dezembro de 2005. Exclui Procedimentos Seqüenciais em Neurocirurgia, define procedimentos a serem registrados com os Procedimentos 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 dez. 2005r. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS 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 dez. 2004l. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS n.º 893, de 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 nov. 2002o. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SE/SAS 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 maio 2004m. Seção 1. Republicada em 29 jun. 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/SE/SAS n.º 88, de 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, 3 dez. 2001h. Seção 1. Republicada em 20 dez. 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS n.º 16, de 8 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 jan. 1991a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n.º 153, de 14 de junho de 2004. Estabelece critérios para liberação de sangue para transfusão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 jun. 2004n. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS 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 dez. 1991b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS n.º 224, de 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 jan. 1992b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS n.º 303, de 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 jul. 1992c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria MS/SNAS n.º 305, de 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 jul. 1992d. Seção 1.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.466, de 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 set. 1996. Seção 1.

_____. 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, 9 ago. 2002a. Seção 1.

_____. Resolução n.º 1.639, de 10 de junho de 2002. Dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários médicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 ago. 2002b. Seção 1.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
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>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

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

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

Brasília – DF, julho de 2007

OS 0066/2007