



TERMO DE REFERÊNCIA Nº 02/2018

1. QUADRO RESUMO	
<b>1.01 Título e Objetivo Geral:</b>	Credenciamento de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito Santo.
<b>1.02 Delimitação do Objeto a ser licitado:</b>	Credenciamento de entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, que realizem diagnóstico de morte encefálica, entrevista familiar para doação de órgãos e/ou tecidos, procedimentos de transplantes de órgãos e/ou tecidos, compreendendo o acompanhamento pré e pós-transplante e internações de intercorrências no pós-transplante.
<b>1.03 Modalidade de Licitação e Base Legal:</b>	Credenciamento/Contratação, conforme as leis nº 8.666/93 e nº 8.080/90.
<b>1.04 Estimativa de custos global (inciso II, § 2º, art. 40, Lei nº 8.666/93):</b>	<b>R\$ 9.576.089,48</b>
<b>1.05 Prazo estipulado de vigência contratual:</b>	O prazo de vigência contratual terá duração enquanto viger o edital de credenciamento.
<b>1.06 Informação Orçamentária:</b>	<b>Programa de Trabalho:</b> 10.3020030.4705 <b>Elemento de Despesa:</b> 339039 <b>Fonte:</b> 0135000003 e 10U 0335000003 e 10U 0104000000 e 10U 0304000000
<b>1.07 Unidade Administrativa responsável pela execução do objeto e fiscalização:</b>	Núcleo Especial de Captação de Órgãos
<b>1.08 Equipe Responsável pela elaboração do termo de referência:</b>	



1. Maria dos Santos Machado, Nº Funcional: 3710149, Chefe do Núcleo Especial Captação de Órgãos, Telefone: 36368271, E-mail: [cncdo@saude.es.gov.br](mailto:cncdo@saude.es.gov.br)
2. Raquel Duarte Correa Matiello, Nº Funcional: 3605078, Enfermeira do Núcleo Especial Captação de Órgãos, Telefone: 36368271, E-mail: [cncdo@saude.es.gov.br](mailto:cncdo@saude.es.gov.br)
3. Priscila Bacchetti Cezar, Nº Funcional: 3382699, Gerente da Regulação do Acesso a Assistência a Saúde (GRAAS), Telefone: 33475687, E-mail: [graasgerencia@saude.es.gov.br](mailto:graasgerencia@saude.es.gov.br)

<b>1.09</b> Versão de Data do Termo de Referencia	1.00 - 06/08/2018
---	-------------------

<b>1.10</b> Data Prevista para Implantação	Agosto/2018
--	-------------

**1.11** Fiscalização:

A fiscalização deste contrato será realizada por membros a serem indicados pelos seguintes setores: SSAROAS 02 (dois) membros, SSAFAZ 01 (um) membro, os quais serão nomeados em instrumento próprio.

## 1. DO OBJETO

Visa o presente Termo de Referência detalhar os elementos necessários ao credenciamento de estabelecimentos de saúde privados, localizados em todo território estadual, que sejam prestadores de serviços de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde/Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para realizar ações relacionadas à doação de órgãos/tecidos e transplantes, interessados em participar, de forma complementar, ao Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, que realizem procedimentos ambulatoriais e hospitalares referente ao diagnóstico de morte encefálica, entrevista familiar para doação de órgãos e/ou tecidos, transplantes de órgãos e/ou tecidos, compreendendo o acompanhamento pré e pós transplante e internações de intercorrências no pós transplante, conforme as regras do Programa Nacional de Doação e Transplante de Órgãos, a fim de ampliar a oferta e garantir a necessidade da população usuária do SUS.

## 2. DA JUSTIFICATIVA

De acordo com a Portaria de Consolidação Nº 04 – Anexo Nº 1/Outubro de 2017, que consolida as legislações referentes ao regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), as Secretarias Estaduais de Saúde devem estabelecer em seu planejamento a formação de uma rede estadual de serviços de atenção ao paciente com indicação para transplante, composta por estabelecimentos de saúde e suas respectivas equipes especializadas, habilitadas pelo Ministério da Saúde (MS), para realização de captação/transplante de órgãos e tecidos e que sejam responsáveis pela atenção aos pacientes durante o período pré e pós transplante.

Ainda de acordo com esta Portaria, em seu capítulo IV, art. 28, *“O transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo só poderá ser realizado por estabelecimento de saúde e equipes especializadas de retirada e transplante previamente autorizados pela Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) do Ministério da Saúde. O estabelecimento ou equipe que pleiteiem o credenciamento para realização de transplante, retirada de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano e acompanhamento dos pacientes transplantados devem fazer solicitação formal à Central de Transplantes, acompanhada de documentação comprobatória, atendidas as exigências e fluxos estabelecidos na referida Portaria. A Central de Transplantes encaminhará a documentação CGSNT que fará a análise, verificação e vistorias que se fizerem necessárias, após isto, providenciará publicação de portaria de credenciamento de equipe e estabelecimento no Diário Oficial da União (DOU). A cada 04 (quatro) anos os estabelecimentos precisam renovar esta autorização enviando documentação atualizada à CGSNT que procederá a publicação ou não de portaria de credenciamento.*

A equipe especializada de transplante é responsável pela inscrição dos pacientes na lista única do estado, obedecendo aos critérios de inclusão específicos para cada tipo de órgão ou tecido, como também pela manutenção atualizada no sistema das informações sobre a situação clínica dos pacientes por ela listados.

Para inscrição em lista de espera para transplantes, os médicos habilitados deverão obedecer aos critérios estabelecidos nesta Portaria.

No estado do Espírito Santo, já se realizam diversas modalidades de transplantes, tais como coração, fígado, rim, córnea, tecido músculo-esquelético e medula óssea. Contudo, faz-se necessário formalizar através deste instrumento legal, o repasse financeiro a instituições privadas, advindas de ações relacionadas ao transplante em todas as suas fases (Pré-transplante, transplante e pós-transplante). Vale destacar que estabelecimentos privados que já exercem atividades de transplantes, já foram previamente habilitadas pelo Ministério da Saúde e desde o início das atividades a Central Estadual de Transplantes, através do Núcleo Especial de Captação de Órgãos encaminha ao Sistema Nacional de Transplantes as renovações conforme determina a legislação vigente.

A formalização de credenciamentos para faturar ações de doação de órgãos/tecidos para transplantes é essencial para assegurar ao cidadão o atendimento das necessidades de saúde referentes aos transplantes de órgãos e tecidos, pois se não houver capacidade instalada no ES, tais atendimentos deveriam ser prestados em outro estado brasileiro, através do TFD – tratamento fora de domicílio, com elevados custos com traslado, hospedagem e alimentação, além da distancia dos familiares. Portanto, é de alta relevância a concretização (seja através da formalização dos serviços já prestados, ou através de novos credenciamentos) deste instrumento contratual por parceiros experientes e que atendem aos requisitos descritos no item “qualificação técnica”.

Para a prestação deste serviço, é necessário que os estabelecimentos de saúde atendam as exigências estruturais (físicas) e técnicas (equipe qualificada) descritas no item 4 que poderá ser realizado por entidades filantrópicas ou privadas. Atualmente, no ES, não há solicitação de credenciamento de transplante por hospital público.

Estas ações compõem uma assistência de alta complexidade e de relevância social e à saúde pública, tendo em vista o alto número de pacientes inscritos anualmente em fila de espera por um transplante de órgãos no ES, a saber, média de 424 novas inscrições (dados SNT: período 2012 a 2016).

Os últimos dados oficiais divulgados pelo Registro Brasileiro de Transplante (consolidado 2008-2015) demonstram que no Estado do ES foram realizados 2.878 transplantes no período estudado. Nesse sentido, está demonstrada a relevância dos serviços, o que justifica o interesse público no pretendido credenciamento/contratação.

A seguir apresentamos quadros que apresentam os quantitativos de procedimentos necessários à realização do objeto deste Termo de Referência, lembrando apenas que todo serviço que se habilita como centro especializado de transplante, seja ele de qual modalidade for, assume o compromisso de prestação de toda linha de cuidado necessário ao paciente transplantado, por esta razão são exigidos no ato do credenciamento a comprovação de toda infraestrutura hospitalar e de recursos humanos compatíveis ao nível de complexidade dessa modalidade de tratamento.

### **3. DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO**

Os serviços consistem na realização das ações relacionadas à doação de órgãos (diagnóstico de morte encefálica e entrevista familiar) e dos procedimentos relacionados à consulta pré-transplante, exames relacionados, transplante propriamente dito, acompanhamento pós-transplante, incluindo dosagem de imunossuppressores, conforme detalhamentos constantes na relação de procedimentos dos Lotes 01 e 02, e internações de intercorrências pós-transplante.

O diagnóstico de morte encefálica é realizado em qualquer hospital que possua suporte e exames adequados (público, filantrópico ou privado). O repasse financeiro referente aos exames diagnósticos e entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos, aos hospitais privados ocorrerá mediante este termo contratual entre SESA e Estabelecimento, sendo necessário em cada mês / competência, a realização do processamento dos atendimentos realizados no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial e SIH – Sistema de Informação Hospitalar.

A captação de órgãos só pode ser realizada por profissionais credenciados pela Central Estadual de Transplantes, via SESA, ou por uma equipe transplantadora igualmente habilitada. Após a captação, o transplante será executado por equipes especializadas em Centros Transplantadores habilitados para tais procedimentos. O serviço de diagnóstico de morte encefálica, entrevista familiar, captação de órgãos e tecidos ocorrerá em todo território estadual onde ocorrer o óbito com morte encefálica.

O transplante de múltiplos órgãos e medula óssea, por se tratar de um serviço altamente complexo, será centralizado em estabelecimentos previamente habilitados e com a experiência que o tema requer, buscando a segurança dos pacientes e o atendimento aos requisitos do Sistema Nacional de Transplante.

O transplante de córnea, por se tratar de um procedimento menos complexo, poderá ocorrer em todo o território estadual, por equipes e estabelecimentos devidamente habilitados.

O valor custeado pelo SUS engloba custos do procedimento e recursos humanos, conforme descrito nos Anexos I, II e III.

#### 4. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

4.1 Estar habilitado junto ao Ministério da Saúde através do Sistema Nacional de Transplante (SNT) para as ações relacionadas a transplantes, conforme portaria de habilitação (para o LOTE 02);

4.2 Possuir no SCNES o serviço 149 – TRANSPLANTE e classificação 015 – AÇÕES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (para o LOTE 01);

4.3 Alvará Sanitário (para os Lotes 01 e 02); e

4.4 Parecer técnico do Núcleo Especial de Captação de Órgãos (Central Estadual de Transplantes) atestando a nomeação CIHDOTT conforme portaria de consolidação Nº 4 de 28/09/2017, Anexo I, Capítulo 3 (para o lote 01).

#### 5. DA PREVISAO DE QUANTITATIVO ANUAL

Após análise estatística do relatório circunstancial emitido pelo Núcleo Especial de Sistema de Informação em Saúde (Anexo IV), exercício 2017, nos estabelecimentos de saúde (Unidades Hospitalares e Pronto-atendimentos) obtivemos o número de N=13.612. Destes, 2299 ocorreram em estabelecimentos privados e 11.313 ocorreram em estabelecimentos públicos.

Em 2017, foram notificados a este NECO, 273 protocolos de mortes encefálicas. Deste total, 21 (1% dos óbitos) ocorreram em hospitais privados e 252 (2,3% dos óbitos) ocorreram em hospitais públicos.

Óbitos em estabelecimentos privados
2299 ---- 100%
21 ---- x
x = 1%

Óbitos em estabelecimentos públicos
11313 ----100%
252 ---- y
Y = 2,3%

Fica constatado através do cálculo, o percentual de notificações de óbitos por ME que ocorreram no ES, no ano de 2017 em relação ao total de óbitos por tipo de estabelecimento, público ou privado.

O valor médio dos atendimentos referentes ao diagnóstico de ME é de R\$ 2.492,00 (Anexo III– Fonte Tabwin, 2017).

Se o total de protocolos de ME em 2017, nos estabelecimentos privados foi de 21, multiplicando-se pela média de custos com cada diagnóstico, temos um total de R\$ 52.332,00. Estima-se um aumento de 30% deste total, após a adesão ao edital de credenciamento pelos estabelecimentos privados, para faturar as ações de doação de órgãos e tecidos para transplantes, totalizando R\$ 67.284,00.

R\$ 52.332,00 (Custo médio dos diagnósticos de ME em 2017, em estabelecimentos privados).

Previsão de aumento de 30% = **R\$ 67.284,00**

Quanto à doação isolada de córneas, das 315 doações que ocorreram em 2017, 41 (13%) foram provenientes de hospitais privados. Tendo em vista que o valor pago pelo SUS aos procedimentos: 05.06.01.005-8 (Avaliação do potencial doador - R\$ 215,00) e 05.03.04.006-1 (Entrevista familiar em doadores com parada-cardíaca - R\$ 420,00), temos um total de R\$ 635,00 para cada óbito notificado e viável após Parada Cardiorrespiratória.

Se no ano de 2017 ocorreram 41 doações de córneas em hospitais privados, temos um total de R\$ 26.035,00. Estima-se um aumento de 30% no total de doações, após a adesão ao edital de credenciamento pelos estabelecimentos privados, o faturamento e as ações para doação de córneas para transplantes serão totalizadas em R\$ 33.655,00.

R\$ 26.035,00 (custo total das doações de córneas em 2017 pelos estabelecimentos privados) = 100%

Previsão de aumento de 30% em 2018 = **R\$ 33.655,00.**

Segundo dados Tabwin (Anexo III) e tabela SIGTAP aos procedimentos de transplantes de múltiplos órgãos, totalizaram no ano de 2017 R\$ 562.730,30 (Produção ambulatorial)+ R\$ 6.721.535,30(Procedimentos relacionados a doação, Internação e transplante de órgãos) = Total R\$ 7.284.265,60.

Com o aumento esperado na quantidade de notificação de morte encefálica pelos estabelecimentos privados e filantrópicos no estado do Espírito Santo, estima-se um aumento de 30% deste valor de custeio com recursos federais para as ações de transplante, para o ano de 2018.



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

Sendo assim, o custo estimado das ações de doação de órgãos/tecidos e transplantes para o próximo ano é de **R\$ 9.576.089,48**

As fontes de dados estão disponíveis no Registro Brasileiro de Transplantes, Tabwin e Tabela SIGTAP processados no ano de 2017.

Vitória, 08/08/2018

---

**Maria dos Santos Machado**

Chefe do Núcleo Especial Captação de Órgãos

---

**Raquel Duarte Correa Matiello**

Enfermeira do Núcleo Especial Captação de Órgãos

---

**Priscila Bacchetti Cezar**

Gerente da Regulação do Acesso a Assistência a Saúde



**ANEXO I - LOTE 01**

**DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS RELACIONADA ÀS AÇÕES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

**(TABELA SIGTAP)**

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 03 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante</b>		
<b>Forma de Organização: 01 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR R\$</b>
05.03.01.001-4	<b>AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS</b> - ENGLOBAM AS AÇÕES RELACIONADAS À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, E TECIDOS HUMANOS PARA FINS DE TRANSPLANTE. NO CASO DE AÇÕES REALIZADAS POR MEMBROS DA CIHDOTT OU DO RESPECTIVO BANCO DE TECIDOS, DE LOCALIZAR, NOTIFICAR E ENTREVISTAR AS FAMILIAS DOS PROVÁVEIS DOADORES COM CORAÇÃO PARADO, DE TECIDOS (CÓRNEAS, MUSCULOESQUELÉTICO, PELE E VALVULAS CARDÍACAS) EM BUSCA DO CONSENTIMENTO PARA SUA RETIRADA, A SOLICITAÇÃO DE EMISSÃO DA AIH PODE SER REALIZADA POR MEMBRO DO CIHDOTT.	ZERADO
05.03.01.002-2	<b>AÇÕES REALIZADAS POR EQUIPE PROFISSIONAL DE OUTRO ESTABELECIMENTO</b> - ENGLOBAM AS AÇÕES DE DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS HUMANOS PARA FINS DE TRANSPLANTE.	ZERADO
05.02.01.001-0	<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA DE MORTE ENCEFÁLICA EM MAIOR DE 2 ANOS</b> - CONSISTE NA AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS CLÍNICOS PARA A CONSTATAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA EM TODO E QUALQUER PACIENTE MAIOR DE 02 ANOS, COM PATOLOGIA QUE POSSA EVOLUIR PARA OBITO IDENTIFICADO ATRAVES DO DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA, CUJA AVALIAÇÃO SE PAUTE NA RESOLUÇÃO DO VIGENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM).	215,00
05.02.01.002-9	<b>AVALIAÇÃO CLÍNICA DE MORTE ENCEFÁLICA EM MENOR DE 2 ANOS</b> - CONSISTE NA AVALIAÇÃO DE PARAMETROS CLÍNICOS PARA A CONSTATAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA EM TODO E QUALQUER PACIENTE ATE 02 ANOS, COM PATOLOGIA QUE POSSA EVOLUIR PARA OBITO IDENTIFICADO ATRAVES DO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA, CUJA AVALIAÇÃO SE PAUTE NA RESOLUÇÃO VIGENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM).	275,00
05.06.01.005-8	<b>AVALIAÇÃO DO DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES</b> - CONSISTE NA AVALIAÇÃO REALIZADA POR MEMBRO DA CIHDOTT EM PROVÁVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS OU TECIDOS A FIM DE ANALISAR AS CONDIÇÕES ATUAIS DESSES PROVÁVEIS DOADORES, INCLUSIVE POR MEIO DA REVISÃO DE PRONTUARIOS.	215,00
05.01.06.005-7	<b>EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA*</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE UM DOS EXAMES PREVISTO NA RESOLUÇÃO VIGENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM), COM O OBJETIVO DE CARACTERIZAR A MORTE ENCEFÁLICA.  *OBSERVAÇÃO: PODERÁ SER COBRADO APENAS <u>UM</u> DOS EXAMES COMPLEMENTARES: ANGIOGRAFIAL CEREBRAL, CINTILOGRAFIA	600,00





	RADIOSCÓPICA, ECO DOPPLER COLORIDO, ELETROENCEFALOGRAMA QUE TERÃO OS VALORES ZERADOS.	
05.01.06.001-4	<b>ANGIOGRAFIA CEREBRAL PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA (4 VASOS)</b> - EXAME ANGIOGRAFICO COMPLEMENTAR PARA CARACTERIZACAO DE MORTE ENCEFALICA DE ACORDO COM A RESOLUCAO CFM VIGENTE	ZERADO
05.01.06.002-2	<b>CINTILOGRAFIA RADIOISOTÓPICA CEREBRAL PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA</b> - EXAME CINTILOGRAFICO COMPLEMENTAR PARA CARACTERIZACAO DE MORTE ENCEFALICA DE ACORDO COM A RESOLUCAO CFM VIGENTE.	ZERADO
05.01.06.003-0	<b>ECO DOPPLER COLORIDO CEREBRAL PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA</b> - EXAME ULTRASSONOGRAFICO COMPLEMENTAR PARA CARACTERIZACAO DE MORTE ENCEFALICA DE ACORDO COM A RESOLUCAO CFM VIGENTE.	ZERADO
05.01.06.004-9	<b>ELETROENCEFALOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA QUE DEVE SER REGISTRADA NA AIH DO DOADOR, CONCOMITANTE A PELO MENOS UM DOS EXAMES PREVISTOS NA RESOLUÇÃO DO Nº 2173/17 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA DEVENDO DEMONSTRAR DE FORMA INEQUÍVOCA AUSÊNCIA DE ATIVIDADE CEREBRAL OU AUSÊNCIA DE ATIVIDADE METABÓLICA CEREBRAL OU AUSÊNCIA DE PERFUSÃO SANGUÍNEA CEREBRAL. A CARACTERIZAÇÃO DA MORTE ENCEFÁLICA DEVE ACONTECER ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES DURANTE INTERVALOS DE TEMPO VARIÁVEIS, PRÓPRIOS PARA DETERMINADAS FAIXAS ETÁRIAS.  OS EXAMES COMPLEMENTARES SERÃO UTILIZADOS POR FAIXA ETÁRIA, SENDO NECESSÁRIO:  EM PACIENTES ACIMA DE 2 ANOS - UM DOS EXAMES QUE COMPROVEM AS AUSÊNCIAS ACIMA;  DE 1 A 2 ANOS INCOMPLETOS - UM DOS EXAMES CITADOS OU QUANDO A OPÇÃO FOR ELETROENCEFALOGRAMA SERÃO NECESSÁRIOS 2 EXAMES COM INTERVALO DE 12 HORAS ENTRE UM E OUTRO;  DE 2 MESES A 1 ANO INCOMPLETO - 2 ELETROENCEFALOGRAMAS COM INTERVALO DE 24 HORAS ENTRE UM E OUTRO;  DE 7 DIAS A 2 MESES INCOMPLETOS - 2 ELETROENCEFALOGRAMAS COM INTERVALO DE 48 HORAS ENTRE UM E OUTRO.	ZERADO
05.01.07.002-8	<b>SOROLOGIA DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS OU TECIDOS EXCETO Córnea</b> - CONSISTE NO CONJUNTO DE EXAMES REALIZADOS NO POSSIVEL DOADOR, VIVO OU FALECIDO, DE ORGAO OU TECIDO, EXCETO Córnea COM FINALIDADE DE TRIAGEM DAS PRINCIPAIS DOENCAS TRANSMISSIVEIS, E DEVE CONTEMPLAR: PESQUISA DOS VIRUS HBV (HbsAg, antiHbC e antiHbS), HCV, HIV (DOIS TESTES COM ANTIGENOS OU PRINCIPIOS METODOLOGICOS DISTINTOS), CMV (IgM e IgG), EBV (IgM e IgG), HTLV I e HTLV II, de SIFILIS (DOIS TESTES COM PRINCIPIOS METODOLOGICOS DIFERENTES VDRL, ELISA ou IMUNOFLOURESCENCIA), DA DOENÇA DE CHAGAS (DOIS TESTES COM PRINCIPIO METODOLOGICOS DIFERENTES : IFI, ELISA OU HLA), DA TOXOPLASMOSE (IgM e IgG) E, EM	186,00



	ZONA ENDEMIC, TESTE PARA EXCLUSAO DE MALARIA. OS EXAMES PODEM SER REALIZADOS NO PROPRIO ESTABELECIMENTO OU PODEM SER TERCEIRIZADOS, E O VALOR DO PROCEDIMENTO INCLUI INSUMOS DESTINADOS A EXECUCAO DE TODOS OS EXAMES DO CONJUNTO.	
05.01.07.003-6	<b>TIPAGEM SANGUÍNEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLÓGICOS EM POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS</b> - CONSISTE NO TRATAMENTO DA AMOSTRA DE SANGUE COLETADA DO DOADOR DE ORGAOS, OBTIDA COM OU SEM ANTICOAGULANTE, PARA A DETERMINACAO DO GRUPO SANGUINEO ABO. O VALOR DO PROCEDIMENTO INCLUI OS INSUMOS NECESSARIOS A EXECUCAO DO MESMO.	15,00
05.03.04.004-5	<b>DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PROVÁVEL DOADOR DE ÓRGÃOS</b> - DIARIA DE UTI PARA A MANUTENÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR DE ÓRGÃOS EM MORTE ENCEFÁLICA, VISANDO A RETIRADA DOS ÓRGÃOS, CUJA FAMILIA AUTORIZOU A DOACAO.	508,63
05.03.04.005-3	<b>ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA</b> - CONSISTE NA AÇÃO REALIZADA POR MEMBRO DA CIHDOTT DE LOCALIZAR, NOTIFICAR E ENTREVISTAR AS FAMILIAS DOS PROVÁVEIS DOADORES DE ÓRGÃOS (CORACÃO, PULMÃO, RINS, PÂNCREAS E FIGADO) EM BUSCA DO CONSENTIMENTO PARA A SUA RETIRADA.	420,00
05.03.04.006-1	<b>ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DE TECIDOS DE DOADORES COM <u>CORACÃO PARADO</u></b> - CONSISTE NA AÇÃO REALIZADA POR MEMBRO DA CIHDOTT OU DO RESPECTIVO BANCO DE TECIDOS, DE LOCALIZAR, NOTIFICAR E ENTREVISTAR AS FAMÍLIAS DOS PROVÁVEIS DOADORES COM CORACÃO PARADO, DE TECIDOS (CÓRNEAS, MUSCULOESQUELÉTICO, PELE E VALVAS CARDÍACAS) EM BUSCA DO CONSENTIMENTO PARA SUA RETIRADA.	420,00
05.03.03.001-5	<b>MANUTENÇÃO HEMODINÂMICA DE POSSÍVEL DOADOR E TAXA DE SALA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS</b> - CONSISTE NA MANUTENCAO HEMODINAMICA DE POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS PARA A PRESERVACAO DA FUNCIONALIDADE DOS ORGAOS PARA A RETIRADA DOS MESMOS.	900,00
05.03.04.001-0	<b>COORDENAÇÃO DE SALA CIRÚRGICA PARA RETIRADA DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE</b> - CONSISTE NA COORDENACAO DOS ATOS NECESSARIOS PARA A VIABILIZACAO DA RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE, POR PROFISSIONAL DESIGNADO PELA COMISSAO INTRA-HOSPITALAR DE DOACAO DE ORGAOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE DO HOSPITAL ONDE OCORRER A(S) RETIRADA(S).	400,00
05.03.04.008-8	<b>CAPTAÇÃO DE ÓRGÃO EFETIVAMENTE TRANSPLANTADO</b> - CONSISTE NA AÇÃO DE ESTIMULAR A CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E SUA EFETIVAÇÃO EM TRANSPLANTE DO CORACÃO, FIGADO, PÂNCREAS, PULMÃO, RIM OU CONJUGADO DE PÂNCREAS E RIM. CORRESPONDE A ÓRGÃO TRANSPLANTADO: <b><u>MÁXIMO DE 06.</u></b>	260,00



**ANEXO II - LOTE 02**

**DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS RELACIONADOS ÀS AÇÕES DE TRANSPLANTE**

**(TABELA SIGTAP)**

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Forma de Organização: 01 - Transplante de tecidos e células</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR R\$</b>
05.05.01.009-7	<b>TRANSPLANTE DE CÓRNEAS</b> - CONSISTE NA SUBSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DE CORNEIA DE RECEPTOR SELECIONADO DA LISTA ÚNICA GERENCIADA PELA CNCDO, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENÇÃO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPÊUTICAS, DISPONIBILIZADA POR UM BANCO DE TECIDOS AUTORIZADO PELO SNT, A PARTIR DE CORNEIA OBTIDA DE DOADOR CADAVER. É OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE	2.070,00

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante</b>		
<b>Forma de Organização: 01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR R\$</b>
05.06.01.002-3	<b>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM, FIGADO, CORAÇÃO, PULMÃO, CELULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS E/OU PÂNCREAS</b> - CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DO PACIENTE TRANSPLANTADO DE RIM, FIGADO, CORAÇÃO, PULMÃO, CELULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS E OU PÂNCREAS, MENSALMENTE NO PRIMEIRO ANO APÓS O TRANSPLANTE E BIMESTRALMENTE A PARTIR DO SEGUNDO ANO.	135,00
05.06.01.003-1	<b>ACOMPANHAMENTO DE DOADOR VIVO POS-DOAÇÃO DE FIGADO, PULMÃO OU RIM</b> - CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DO DOADOR VIVO APÓS DOAÇÃO DE PARTE DE FÍGADO, PARTE DE PULMÃO OU RIM. O ACOMPANHAMENTO DEVE-SE DAR DUAS VEZES NO PRIMEIRO ANO DA DOAÇÃO E, APÓS, ANUALMENTE.	135,00
05.06.01.004-0	<b>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS</b> - CONSISTE EM CONSULTA ANUAL REALIZADA POR MÉDICO, PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ TRANSPLANTE DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORAÇÃO, FIGADO, RIM, PULMÃO E PÂNCREAS.	135,00



<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Forma de Organização: 02 – Transplantes de órgãos</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR R\$</b>
05.05.02.001-7	<b>PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO</b>	Zerado
05.05.02.002-5	<b>PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR VIVO</b>	Zerado
05.05.02.003-3	<b>PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM</b>	Zerado
05.05.02.004-1	<b>TRANSPLANTE DE CORACAO</b> - CONSISTE NA SUBSTITUICAO CIRURGICA DE CORACAO OBTIDO DE DOADOR CADAVER, EM RECEPTOR SELECIONADO PELA LISTA UNICA GERENCIADA PELA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT. E OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE.	37.052,69
05.05.02.005-0	<b>TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)</b> - CONSISTE NA SUBSTITUICAO CIRURGICA DE FIGADO DE RECEPTOR SELECIONADO PELA LISTA UNICA GERENCIADA PELA CENTRAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, POR FIGADO OBTIDO DE DOADOR CADAVER, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT. E OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE.	68.838,89
05.05.02.006-8	<b>TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR VIVO)</b> - CONSISTE NA SUBSTITUICAO CIRURGICA DE FIGADO DE RECEPTOR INSCRITO NA LISTA UNICA GERENCIADA PELA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, POR SEGMENTO DE FIGADO OBTIDO DE DOADOR VIVO, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT. E OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO.	68.803,27
05.05.02.007-6	<b>TRANSPLANTE DE PANCREAS</b> - CONSISTE NO IMPLANTE CIRURGICO DE PANCREAS DE RECEPTOR SELECIONADO PELA LISTA UNICA GERENCIADA PELA CNCDO, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, POR PANCREAS OBTIDO DE DOADOR CADAVER, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT. E OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE.	38.093,98
05.05.02.009-2	<b>TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)</b> - CONSISTE NO IMPLANTE CIRURGICO DE RIM OBTIDO DE DOADOR CADAVER, EM RECEPTOR SELECIONADO PELA LISTA UNICA GERENCIADA PELA CENTRAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT. E OBRIGATORIO O REGISTRO DO CID SECUNDARIO QUANDO SE TRATAR DE RETRANSPLANTE.	27.622,67
05.05.02.010-6	<b>TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)</b> - CONSISTE NO IMPLANTE CIRURGICO DE RIM OBTIDO DE DOADOR VIVO	21.238,82



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

	RELACIONADO, EM RECEPTOR INSCRITO NA LISTA UNICA GERENCIADA PEL A CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT.	
05.05.02.011-4	<b>TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM</b> - CONSISTE NO IMPLANTE, NO MESMO ATO CIRURGICO, DE PANCREAS E RIM DE RECEPTOR SELECIONADO PELA LISTA UNICA GERENCIADA PEL A CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, SEM POSSIBILIDADE DE OBTENCAO DE CURA POR OUTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS, POR PANCREAS E RIM OBTIDOS DE DOADOR CADAVER, EM HOSPITAL AUTORIZADO PELO SNT.	54.986,45

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante</b>		
<b>Forma de Organização: 01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós-transplante</b>		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
05.06.01.002-3	<b>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM, FIGADO, CORACAO, PULMAO, CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS</b> - CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO CLINICO DO PACIENTE TRANSPLANTADO DE RIM, FIGADO, CORACAO, PULMAO, CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E OU PANCREAS, MENSALMENTE NO PRIMEIRO ANO APOS O TRANSPLANTE E BIMESTRALMENTE A PARTIR DO SEGUNDO ANO.	135,00
05.06.01.003-1	<b>ACOMPANHAMENTO DE DOADOR VIVO POS-DOAÇÃO DE FIGADO, PULMAO OU RIM</b> - CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO DO DOADOR VIVO APÓS DOAÇÃO DE PARTE DE FÍGADO, PARTE DE PULMÃO OU RIM. O ACOMPANHAMENTO DEVE-SE DAR DUAS VEZES NO PRIMEIRO ANO DA DOAÇÃO E, APÓS, ANUALMENTE.	135,00
05.06.01.004-0	<b>ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS</b> - CONSISTE EM CONSULTA ANUAL REALIZADA POR MÉDICO, PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ TRANSPLANTE DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORAÇÃO, FIGADO, RIM, PULMÃO E PÂNCREAS.	135,00

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante</b>		
<b>Forma de Organização: 02 - Intercorrências pós-transplante</b>		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
05.06.02.005-3	<b>TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO</b> - TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE INTERNADO POR COMPLICAÇÃO RELACIONADA AO TRANSPLANTE DE RIM DE DOADOR VIVO OU FALECIDO QUE DEMANDE TEMPO PROLONGADO DE INTERNAÇÃO NA VIGÊNCIA DE COMPLICAÇÕES. O	118,05



	VALOR DESTES PROCEDIMENTO NÃO INCLUI DIÁRIA DE UTI, MEDICAÇÃO ANTIFÚNGICA E ANTIVIRAL.	
05.06.02.006-1	<b>TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE CORAÇÃO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO</b> - TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE INTERNADO POR COMPLICAÇÃO RELACIONADA AO TRANSPLANTE DE CORAÇÃO QUE DEMANDE TEMPO PROLONGADO DE INTERNAÇÃO NA VIGÊNCIA DE COMPLICAÇÕES. O VALOR DESTES PROCEDIMENTO NÃO INCLUI VALOR DE DIÁRIA DE UTI, MEDICAÇÃO ANTIFÚNGICA E ANTIVIRAL.	205,84
05.06.02.008-8	<b>TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE SIMULTANEO DE RIM/PÂNCREAS OU PÂNCREAS ISOLADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO</b> - TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE INTERNADO POR COMPLICAÇÃO RELACIONADA AO TRANSPLANTE DE RIM/PÂNCREAS OU PÂNCREAS ISOLADO, QUE DEMANDE TEMPO PROLONGADO DE INTERNAÇÃO NA VIGÊNCIA DE COMPLICAÇÕES. O VALOR DESTES PROCEDIMENTO NÃO INCLUI DIÁRIA DE UTI, MEDICAÇÃO ANTIFÚNGICA E ANTIVIRAL.	305,48
05.06.02.009-6	<b>TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE FIGADO- PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO</b> - TRATAMENTO CLÍNICO DE PACIENTE INTERNADO POR COMPLICAÇÃO RELACIONADA AO TRANSPLANTE DE FÍGADO QUE DEMANDE TEMPO PROLONGADO DE INTERNAÇÃO NA VIGÊNCIA DE COMPLICAÇÕES. O VALOR DESTES PROCEDIMENTO NÃO INCLUI DIÁRIA DE UTI, MEDICAÇÃO ANTIFÚNGICA E ANTIVIRAL.	382,44

**Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células**

**Sub-Grupo: 01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante**

**Forma de Organização: 05 – Exames imunogenéticos/histocompatibilidade para identificação de receptor de órgãos**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
05.01.05.004-3	<b>EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE EXAMES RADIOLÓGICOS, ANÁLISES LABORATORIAIS (HEMATOLOGIA, BIOQUÍMICA, SOROLOGIA E ELETRÓLITOS), PARA COMPLEMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DE CANDIDATOS A RECEPÇÃO DE ÓRGÃOS (FIGADO, RINS, PULMÕES, RIM-PÂNCREAS).	340,20
05.01.07.004-4	<b>EXAMES PARA A INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORAÇÃO</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DOS SEGUINTE EXAMES, PARA INCLUSÃO EM LISTA DE ESPERA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE CORAÇÃO, CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO EM REGULAMENTO TÉCNICO: DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO, DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES, DOSAGEM DE CLORETO, DOSAGEM DE COLESTEROL HDL, DOSAGEM DE COLESTEROL LDL, DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA, DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES, DOSAGEM DE MAGNÉSIO, DOSAGEM DE SÓDIO, DOSAGEM DE POTÁSSIO, GLICEMIA, DOSAGEM DE CREATININA, DOSAGEM DE ALANINA AMINO-TRANSFERASE (ALT), DOSAGEM DE ASPARTATO AMINO-TRANSFERASE (AST), DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-	2.468,83





	<p>TRANSFERASE (GAMA GT), GASOMETRIA, CONTAGEM DE PLAQUETAS, DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP), PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO, DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA), URINÁLISE, CLEARANCE DE CREATININA, EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO), EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES, TIPAGEM SANGUÍNEA ABO, HEMOGRAMA COMPLETO, SOROLOGIA ANTI-HIV, ANTI- HTLV I E II, HBSAG, ANTI-HBc, ANTI-HBS, ANTI-HCV, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS, MUNOFLUORESCÊNCIA PARA CITOMEGALOVÍRUS IGG E IGM, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM, VDRL, MUNOFLUORESCÊNCIA PARA LUES, TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS, BIOPSIA DE ENDOCÁRDIO / MIOCÁRDIO (EXCLUSIVAMENTE EM CASOS SELECIONADOS), RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA EM INSPIRAÇÃO E EXPIRAÇÃO + LATERAL), ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA, ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (SOMENTE EM VASCULOPATAS E IDOSOS), ULTRA-SONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX, CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO (SOMENTE EM CASOS SELECIONADOS), CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE, CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA), CATETERISMO CARDÍACO E ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL. ESTE PROCEDIMENTO SÓ PODE SER REGISTRADO UMA ÚNICA VEZ E NÃO SE APLICA A CANDIDATO QUE JÁ SE ENCONTRA EM LISTA PARA TRANSPLANTE. OS EXAMES QUE INTEGRAM O CONJUNTO NÃO PODEM SER REGISTRADOS EM NENHUM OUTRO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO SUS.</p>	
05.01.07.005-2	<p><b>EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DOS SEGUINTE EXAMES, PARA INCLUSÃO EM LISTA DE ESPERA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO, CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO EM REGULAMENTO TÉCNICO: DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO, DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES, DOSAGEM DE CLORETO, DOSAGEM DE COLESTEROL HDL, DOSAGEM DE COLESTEROL LDL, DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA, DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES, DOSAGEM DE MAGNÉSIO, DOSAGEM DE SÓDIO, DOSAGEM DE POTÁSSIO, GLICEMIA, DOSAGEM DE CREATININA, DOSAGEM DE ALANINA AMINO-TRANSFERASE (ALT), DOSAGEM DE ASPARTATO AMINO-TRANSFERASE (AST), DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT), GASOMETRIA, CONTAGEM DE PLAQUETAS, DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP), PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO, DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA), URINÁLISE, CLEARANCE DE CREATININA, EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO), EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES, TIPAGEM SANGUÍNEA ABO, HEMOGRAMA COMPLETO, SOROLOGIA ANTI-HIV, ANTI- HTLV I E II, HBSAG, ANTI-HBC, ANTI-HBS, ANTI-HCV, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA CITOMEGALOVÍRUS IGG E IGM, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM, VDRL, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA LUES, TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS, DOSAGEM DE AMILASE,</p>	318,52



	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA, RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL), ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS, ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES), ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA. ESTE PROCEDIMENTO SÓ PODE SER REGISTRADO UMA ÚNICA VEZ E NÃO SE APLICA A CANDIDATO QUE JÁ SE ENCONTRA EM LISTA PARA TRANSPLANTE. OS EXAMES QUE INTEGRAM O CONJUNTO NÃO PODEM SER REGISTRADOS EM NENHUM OUTRO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO SUS.	
05.01.07.006-0	<b>EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DOS SEGUINTE EXAMES, PARA INCLUSÃO EM LISTA DE ESPERA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE QUE ENVOLVA PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM, CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO EM REGULAMENTO TÉCNICO: EXAMES GERAIS (PÂNCREAS, PULMÃO OU RIM) - DOSAGEM DE CLORETO, DOSAGEM DE COLESTEROL HDL, DOSAGEM DE COLESTEROL LDL, DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA, DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES, DOSAGEM DE MAGNÉSIO, DOSAGEM DE SÓDIO, DOSAGEM DE POTÁSSIO, GLICEMIA, DOSAGEM DE CREATININA, DOSAGEM DE ALANINA AMINO-TRANSFERASE (ALT), DOSAGEM DE ASPARTATO AMINO-TRANSFERASE (AST), DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT), GASOMETRIA, CONTAGEM DE PLAQUETAS, DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP), PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO, DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA), URINÁLISE, CLEARANCE DE CREATININA, EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO), EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES, TIPAGEM SANGUÍNEA ABO, HEMOGRAMA COMPLETO, SOROLOGIA ANTI-HIV, ANTI- HTLV I E II, HBSAG, ANTI-HBC, ANTI-HBS, ANTI-HCV, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA CITOMEGALOVÍRUS IGG E IGM, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM, VDRL, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA LUES E TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS. MAIS EXAMES ESPECÍFICOS PARA PÂNCREAS - DOSAGEM DE AMILASE, DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA, TESTE DE TOLERÂNCIA À INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS, DOSAGEM DE PEPTÍDEO C, ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (SOMENTE EM VASCULOPATAS E IDOSOS), RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL), ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, CATETERISMO CARDÍACO, AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA. MAIS EXAMES ESPECÍFICOS PARA PULMÃO - RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA EM INSPIRAÇÃO E EXPIRAÇÃO + LATERAL), ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA, ULTRA-SONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (SOMENTE EM VASCULOPATAS E IDOSOS), ULTRA-SONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA), TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX, CATETERISMO CARDÍACO, ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL, PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR. MAIS EXAMES ESPECÍFICOS PARA RIM - DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA, PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR, PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR, URETROCISTOGRAFIA, ECOCARDIOGRAFIA	1.165,11





	<p>TRANSTORÁCICA, RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL), ULTRASONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL, ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, CATETERISMO CARDÍACO (EXCLUSIVAMENTE EM IDOSOS, CARDIOPATAS OU DIABÉTICOS) E AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA. ESTE PROCEDIMENTO SÓ PODE SER REGISTRADO UMA ÚNICA VEZ E NÃO SE APLICA A CANDIDATO QUE JÁ SE ENCONTRA EM LISTA PARA TRANSPLANTE. OS EXAMES QUE INTEGRAM O CONJUNTO NÃO PODEM SER REGISTRADOS EM NENHUM OUTRO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO SUS.</p>	
05.01.07.007-9	<p><b>EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE CONJUGADO DE PÂNCREAS E RIM</b> - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DOS SEGUINTE EXAMES, PARA INCLUSÃO EM LISTA DE ESPERA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE CONJUGADO DE PÂNCREAS E RIM, CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO EM REGULAMENTO TÉCNICO: DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO, DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES, DOSAGEM DE CLORETO, DOSAGEM DE COLESTEROL HDL, DOSAGEM DE COLESTEROL LDL, DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL, DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA, DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES, DOSAGEM DE MAGNÉSIO, DOSAGEM DE SÓDIO, DOSAGEM DE POTÁSSIO, GLICEMIA, DOSAGEM DE CREATININA, DOSAGEM DE ALANINA AMINO-TRANSFERASE (ALT), DOSAGEM DE ASPARTATO AMINO-TRANSFERASE (AST), DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT), GASOMETRIA, CONTAGEM DE PLAQUETAS, DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP), PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO, DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA), URINÁLISE, CLEARANCE DE CREATININA, EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO), RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL), EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES, TIPAGEM SANGUÍNEA ABO, HEMOGRAMA COMPLETO, SOROLOGIA ANTI-HIV, ANTI- HTLV I E II, HBSAG, ANTI-HBC, ANTI-HBS, ANTI-HCV, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA DOENÇA DE CHAGAS, MUNOFLUORESCÊNCIA PARA CITOMEGALOVÍRUS IGG E IGM, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM, VDRL, IMUNOFLUORESCÊNCIA PARA LUES, GLICEMIA CAPILAR, TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS, DOSAGEM DE AMILASE, DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA, TESTE DE TOLERÂNCIA À INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS, DOSAGEM DE PEPTÍDEO C, ULTRASONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS (SOMENTE EM VASCULOPATAS E IDOSOS), RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL), DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA, PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR, PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR, URETROCISTOGRAFIA, ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA, ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL, ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO, ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, CATETERISMO CARDÍACO (EXCLUSIVAMENTE EM IDOSOS, CARDIOPATAS OU DIABÉTICOS) E AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA. ESTE PROCEDIMENTO SÓ PODE SER REGISTRADO UMA ÚNICA VEZ E NÃO SE APLICA A CANDIDATO QUE JÁ SE ENCONTRA EM LISTA PARA TRANSPLANTE. OS EXAMES QUE INTEGRAM O CONJUNTO NÃO PODEM SER REGISTRADOS EM NENHUM OUTRO INSTRUMENTO DE REGISTRO DO SUS.</p>	1.901,59



05.01.08.001-5	<b>BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO</b>	35,00
05.01.08.002-3	<b>CONTAGEM DE CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO</b>	75,00
05.01.08.003-1	<b>DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)</b>	52,33
05.01.08.004-0	<b>DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)</b>	52,33
05.01.08.005-8	<b>DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)</b>	52,33
05.01.08.006-6	<b>EXAMES DE RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO</b>	25,00
05.01.08.007-4	<b>EXAMES MICROBIOLÓGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO - CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE CULTURA E OU ANTIBIOGRAMA E BACTERIOSCOPIA NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO</b>	15,00
05.01.08.008-2	<b>SOROLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO</b>	20,00
05.01.08.009-0	<b>ULTRASSONOGRÁFIA DE ÓRGÃO TRANSPLANTADO</b>	12,00
05.01.08.010-4	<b>DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)</b>	52,33

<b>Grupo: 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>		
<b>Sub-Grupo: 03 – Ações Relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante</b>		
<b>Forma de Organização: 02 – Cirurgias para transplante – doador vivo</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR R\$</b>
05.03.02.001-0	<b>HEPATECTOMIA PARCIAL P/ TRANSPLANTE (DOADOR VIVO) - CONSISTE EM CIRURGIA DE EXCISÃO PARCIAL DE FIGADO PARA UM TRANSPLANTE DIRECIONADO A UM RECEPTOR VIVO ESPECÍFICO.</b>	7.384,00
05.03.02.002-8	<b>NEFROURETERECTOMIA UNILATERAL P/ TRANSPLANTE - CONSISTE EM CIRURGIA DE EXCISÃO UNILATERAL DE RIM PARA UM TRANSPLANTE DIRECIONADO A UM RECEPTOR VIVO ESPECÍFICO.</b>	2.123,60
05.03.03.002-3	<b>RETIRADA DE CORAÇÃO (PARA TRANSPLANTE)- CONSISTE NA RETIRADA DE CORAÇÃO DE POSSÍVEL DOADOR PARA TRANSPLANTE.</b>	1.170,00
05.03.03.003-1	<b>RETIRADA DE CORAÇÃO P/ PROCESSAMENTO DE VALVULA / TUBO VALVADO P/ TRANSPLANTE - CONSISTE NA RETIRADA DE CORAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DE VALVULAS, QUE DEVERÃO SER ENCAMINHADAS AO BANCO DE TECIDOS DEFINIDO PELA CNCDO PARA REALIZAR O PROCESSAMENTO DAS VALVULAS CARDÍACAS E PEDÍCULOS VENOSOS PARA POSTERIOR TRANSPLANTE. ESTE PROCEDIMENTO SO PODERÁ SER COBRADO UMA VEZ, OU SEJA, CADA RETIRADA PODERÁ DAR ORIGEM A MAIS DE UM PROCEDIMENTO DE PROCESSAMENTO.</b>	260,00
05.03.03.004-0	<b>RETIRADA DE FÍGADO (PARA TRANSPLANTE) - CONSISTE NA RETIRADA DE FIGADO DE POSSÍVEL DOADOR PARA TRANSPLANTE</b>	2.340,00
05.03.03.006-6	<b>RETIRADA DE PÂNCREAS (PARA TRANSPLANTE) - CONSISTE NA RETIRADA DE PÂNCREAS DE POSSÍVEL DOADOR PARA TRANSPLANTE</b>	2.340,00
05.03.03.008-2	<b>RETIRADA UNI / BILATERAL DE RIM (PARA TRANSPLANTE) - DOADOR FALECIDO - CONSISTE NA RETIRADA DE RIM DE POSSÍVEL DOADOR FALECIDO PARA TRANSPLANTE.</b>	1.170,00



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

05.03.04.002-9	<b>DESLOCAMENTO INTERESTADUAL DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS</b> - CONSISTE NO ATENDIMENTO, POR EQUIPE PROFISSIONAL, AUTORIZADA PELO SNT, DAS DEMANDAS DE RETIRADA DE ORGAOS EM ESTADO DIVERSO DO DE ORIGEM DO PROFISSIONAL QUE REALIZA A RETIRADA, EXCETO PARA CORNEA E RIM.	900,00
05.03.04.003-7	<b>DESLOCAMENTO DE EQUIPE PROFISSIONAL P/ RETIRADA DE ORGAOS - INTERMUNICIPAL</b> - CONSISTE NO ATENDIMENTO, POR EQUIPE PROFISSIONAL, AUTORIZADA PELO SNT, DAS DEMANDAS DE RETIRADA DE ORGAOS DE DOADOR MORTO, EM MUNICIPIO DISTANTE MAIS DE 100 KM DO MUNICIPIO DE ORIGEM DO PROFISSIONAL QUE REALIZA A RETIRADA PARA REALIZAR A RETIRADA, DENTRO DO MESMO ESTADO, EXCETO PARA CORNEA.	450,00



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde

ANEXO III

PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE HOSPITAL TRANSPLANTADOR PRIVADO

Internações Hospitalares - Procedimento Principal x Quantidade e Valor - Hospital transplantador Privado no Ano: 2017 e Valores de cobrança dos procedimentos do Edital

Proc realiz [2008+	Quantidade	Valor	valor unitário sigtap	REFERENCIA 30%	quantidade crescida 30%	QUANTIDADE ARREDONDADO EDITAL	valor edital
0404010377 TRAQUEOSTOMIA	2	2.827,23	1.413,62	0,6	2,6	3	R\$ 4.240,85
0406010510 DRENAGEM C/ BIOPSIA DE PERICARDIO	1	1.341,49	1.341,49	0,3	1,30	1	R\$ 1.341,49
0406020159 EXERESE DE GANGLIO LINFATICO	1	107,19	107,19	0,3	1,30	1	R\$ 107,19
0407030034 COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1	1.847,80	1.847,80	0,3	1,30	1	R\$ 1.847,80
0407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA	7	18.535,58	2.647,94	2,1	9,10	9	R\$ 23.831,46
0409010138 DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	1	649,87	649,87	0,3	1,30	1	R\$ 649,87
0409010219 NEFRECTOMIA TOTAL	5	8.066,00	1.613,20	1,5	6,50	7	R\$ 11.292,40
0409010294 NEFROSTOMIA PERCUTANEA	1	2.197,42	2.197,42	0,3	1,30	1	R\$ 2.197,42
0409010537 URETEROCISTONEOSTOMIA	1	1.768,56	1.768,56	0,3	1,30	1	R\$ 1.768,56
0409010553 URETEROENTEROSTOMIA	1	5.201,68	5.201,68	0,3	1,30	1	R\$ 5.201,68
0409020079 MEATOTOMIA SIMPLES	1	306,58	306,58	0,3	1,30	1	R\$ 306,58
0412040174 TORACOTOMIA EXPLORADORA	1	1.313,08	1.313,08	0,3	1,30	1	R\$ 1.313,08
0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	2	4.200,65	2.100,33	0,6	2,60	3	R\$ 6.300,98
0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	2	2.154,80	1.077,40	0,6	2,60	3	R\$ 3.232,20
0503010014 AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	5	6.055,00	1.211,00	1,5	6,50	7	R\$ 8.477,00
0503010022 AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS REALIZADAS POR EC	43	313.654,30	7.294,29	12,9	55,90	56	R\$ 408.480,02
0503020028 NEFROURETERECTOMIA UNILATERAL P/ TRANSPLANTE	17	36.677,09	2.157,48	5,1	22,10	22	R\$ 47.464,47
0505020041 TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	8	457.258,88	57.157,36	2,4	10,40	10	R\$ 571.573,60
0505020050 TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	23	2.404.753,14	104.554,48	6,9	29,90	30	R\$ 3.136.634,53
0505020092 TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR FALECIDO)	39	1.913.943,19	49.075,47	11,7	50,70	51	R\$ 2.502.848,79
0505020106 TRANSPLANTE DE RIM (ORGAO DE DOADOR VIVO)	17	592.637,73	34.861,04	5,1	22,10	22	R\$ 766.942,94
0506020053 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSP	175	479.969,39	2.742,68	52,5	227,50	228	R\$ 625.331,55
0506020061 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTE DE CORAÇÃO- PÓS TR	16	80.210,44	5.013,15	4,8	20,80	21	R\$ 105.276,20
0506020096 TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTE DE FIGADO- PÓS TRAN	51	385.858,21	7.565,85	15,3	66,30	67	R\$ 506.911,77
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>6.721.535,30</b>					<b>R\$ 8.743.572,42</b>

Produção Ambulatorial - Procedimento x Quantidade e Valor - Hospital Transplantador Privado – Ano: 2017

Procedimento[2008+	Quantidade	Valor	valor unitário sigtap	REFERENCIA 30%	quantidade crescida 30%	QUANTIDADE ARREDONDADO EDITAL	valor edital
0501080031 DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	201	10.518,33	52,33	60,3	261,3	261	R\$ 13.658,13
0501080040 DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	137	7.169,21	52,33	41,1	178,1	178	R\$ 9.314,74
0501080058 DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	1.398	73.157,34	52,33	419,4	1817,4	1817	R\$ 95.083,61
0501080104 DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	174	9.105,42	52,33	52,2	226,2	226	R\$ 11.826,58
0506010023 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORAC	3.013	406.755,00	135,00	903,9	3916,9	3917	R\$ 528.795,00
0506010040 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	415	56.025,00	135,00	124,5	539,5	540	R\$ 72.900,00
<b>Total</b>	<b>5.338</b>	<b>562.730,30</b>					<b>R\$ 731.578,06</b>

	Quantidade	Valor PROCEDIMENTO	30% QUANTIDADE	VALOR ARREDONDADO EDITAL	valor edital
QUANTIDADE MORTE ENCEFÁLICA	21	R\$ 2.492,00	6,3	27	R\$ 67.284,00
QUANTIDADE TRANSPLANTE CÔRNEA	41	R\$ 635,00	12,3	53	R\$ 33.655,00

R\$ 100.939,00

REPASSE Hospital Privado COM30%		R\$ 9.475.150,48
ME+CÔRNEA		R\$ 100.939,00
<b>EMPENHO SOLICITADO TR</b>		<b>R\$ 9.576.089,48</b>

Fonte: TABWIN,2017

SIGTAP,2017



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

## ANEXO IV

**(OF 010/2018 – SESA/SSAROAS/GEVS/NESIS/SIM)**

