

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**ANEXO VI**

**CONTRATO DE GESTÃO**  
**SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DE METAS E DE PAGAMENTO**

**Metas de desempenho e qualidade**

O valor do custeio mensal estimado do contrato será composto de uma parcela fixa, correspondente a 60%, no valor estimado e uma parcela variável, correspondente a 40%, no valor definido com base no cumprimento mensal das metas de produção (quantitativa) e dos indicadores de desempenho e qualidade (qualitativa).

A parcela estimada variável (de 40%), será dividida na proporção conforme a seguir:

- a) 1/4 do valor vinculado as metas (10% do valor da parcela estimada mensal) que será proporcional ao percentual de cumprimento das metas de desempenho e qualidade de acordo com os critérios estabelecidos, descritos no Anexo V.
- b) 3/4 do valor vinculado às metas (30% do valor da parcela estima mensal) que será proporcional ao percentual de cumprimento das metas de produção de acordo com os critérios estabelecidos.

**1. Metas de produção (Alta e Média Complexidade e FAEC)**

Os critérios e percentuais definidos nos itens 1.1 correspondem às metas quantitativas previstas no Anexo IV – Critérios e Metas de Produção Ambulatorial e Internação a serem cumpridas pela **CONTRATADA**.

**1.1. Meta produção**

A parcela variável vinculada às metas assistenciais de produção estabelecida, terá o percentual de cumprimento aferidas (apuradas) pela CONTRATANTE considerando as saídas hospitalares informadas pelo sistema informatizado da Contratada e disponibilizado mensalmente, sendo obrigatória essa apresentação de acordo com as normativas do SUS, com quantitativos equivalentes e nas datas definidas pela contratante.

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Entende-se como **saídas hospitalares**: a soma do número de altas, transferências externas e óbitos hospitalares e institucionais registrados por clínicas, sendo esses dados extraídos do sistema de informações da contratada antes de serem convertidos para o sistema DATASUS, estágio em que será considerada sua aferição (apuração) para efeito de cumprimento de metas estabelecidas neste Instrumento

Considera-se para o cálculo, a distribuição da proporção estabelecida para cada grupo de procedimento, conforme apresentado no Anexo IV – Critérios e Metas de Produção Ambulatorial e Internação, adotando a seguinte tabela de proporcionalidade:

**QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO VALOR DO REPASSE FINANCEIRO MENSAL ESTIMADO**

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| <b>MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO – ATIVIDADE ASSISTENCIAL</b> | <b>% proporção</b> |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|
| Cirurgias ortopédicas                                     | 20%                |
| Cirurgias oftalmológicas                                  | 10%                |
| Cirurgias Geral e Ginecologia                             | 15%                |
| Internações Clínicas                                      | 10%                |
| Urologia                                                  | 10%                |
| Exames de apoio diagnóstico ambulatoriais (1ª Etapa)      | 15%                |
| Ambulatório de Especialidades médicas                     | 5%                 |
| Ambulatório de Especialidades não médicas                 | 5%                 |
| Outras Especialidades                                     | 10%                |
| <b>TOTAL</b>                                              | <b>100%</b>        |

**2. Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade**

Os percentuais definidos no ANEXO V – Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade, correspondem às metas qualitativas a serem cumpridas pela CONTRATADA e só serão avaliadas e pontuadas para percentual de repasse, após atendidos os pré-requisitos:

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**2.1. Pré-requisitos** são condições obrigatórias e necessárias para serem cumpridas, sem as quais a avaliação qualitativa será atribuída a pontuação “0 (zero)”.

**2.1.1. Apresentação de Relatório de Prestação de Contas Assistencial.**

Apresentar Relatório de Prestação de Contas Assistencial, informando a produção realizada no quadrimestre relacionada às metas de produção estabelecidas no Anexo IV – Critérios e Metas de Produção e no Anexo V – Indicadores e Metas de Desempenho e Qualidade no prazo de até 20 (vinte dias) após o término do quadrimestre avaliado;

**2.1.2 Percentual de AIHs rejeitadas junto aos Sistemas Oficiais do Ministério da Saúde**

Apresentar percentual de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) bloqueadas e canceladas no quadrimestre avaliado, conforme Relatório de Produção Rejeitada do SIHD2/SUS e de forma escalonada seguindo o cronograma de implantação dos serviços;

| Primeiro ano | Segundo ano | A partir do terceiro ano |
|--------------|-------------|--------------------------|
| 5%           | 4%          | 3%                       |

**2.1.3 Alimentação regular de plataforma eletrônica de prestação de contas.**

Realizar alimentação regular e rotineira da plataforma eletrônica de prestação de contas adotada, dentro dos prazos estabelecidos em normatização própria.

**2.1.4. Percentual de 0% de recusas de vagas ao CORE**

Só serão aceitas recusas de vagas caso o paciente não esteja dentro do Perfil Assistencial estabelecido no Contrato de Gestão.

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO  
(MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)**

| Atividade Contratada            | Parâmetro                               | META       | Fórmula de Cálculo ( EM REAIS)                                                             |
|---------------------------------|-----------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cirurgias Ortopédicas</b>    | Acima do volume contratado              | <b>181</b> | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                 | Entre 95% e 100% do volume contratado   |            | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                 | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |            | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                 | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |            | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                 | Menos que 50% do volume contratado      |            | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
| <b>Cirurgias Oftalmológicas</b> | Acima do volume contratado              | <b>238</b> | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                 | Entre 95% e 100% do volume contratado   |            | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                 | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |            | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                 | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |            | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                 | Menos que 50% do volume contratado      |            | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Processo nº 27/012.932/2024

FESA/00228/2024

Data:    /    /    Fls.: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|                               |                                         |     |                                                                                            |
|-------------------------------|-----------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cirurgias Geral e Ginecologia | Acima do volume contratado              | 295 | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 95% e 100% do volume contratado   |     | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |     | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |     | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Menos que 50% do volume contratado      |     | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
| Internações Clínicas          | Acima do volume contratado              | 65  | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 95% e 100% do volume contratado   |     | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |     | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |     | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Menos que 50% do volume contratado      |     | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
| Urologia                      | Acima do volume contratado              | 230 | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 95% e 100% do volume contratado   |     | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                               | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |     | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |     | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                               | Menos que 50% do volume contratado      |     | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                                                     |                                         |       |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exames de Apoio Diagnósticos Ambulatoriais 1ª etapa | Acima do volume contratado              | 3.827 | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                     | Entre 95% e 100% do volume contratado   |       | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                     | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |       | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                     | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |       | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                     | Menos que 50% do volume contratado      |       | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
| Ambulatório de Especialidades Médicas               | Acima do volume contratado              | 3.020 | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                     | Entre 95% e 100% do volume contratado   |       | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                     | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |       | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                     | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |       | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                     | Menos que 50% do volume contratado      |       | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|                                                  |                                         |            |                                                                                            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ambulatório de Especialidades Não Médicas</b> | Acima do volume contratado              | <b>120</b> | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                  | Entre 95% e 100% do volume contratado   |            | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                  | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |            | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                  | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |            | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                  | Menos que 50% do volume contratado      |            | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
| <b>Outras Especialidades</b>                     | Acima do volume contratado              | <b>125</b> | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                  | Entre 95% e 100% do volume contratado   |            | 100% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal |
|                                                  | Entre 70% e 94,99% do volume contratado |            | 90% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                  | Entre 50% e 69,99% do volume contratado |            | 70% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |
|                                                  | Menos que 50% do volume contratado      |            | 50% X distribuição percentual da internação (tabela I) X Valor do repasse estimado mensal  |



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Processo nº 27/012.932/2024

FESA/00228/2024

Data:    /    /    Fls.: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| ESPECIALIDADE CIRURGIA ORTOPÉDICA ADULTO E PEDIÁTRICO |                                                                                        |    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grupo:                                                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                           | 20 |
| SubGrupo:                                             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                 |    |
| Forma de Organização:                                 | <b>01 - Cintura escapular</b>                                                          |    |
| Complexidade:                                         | <b>Alta Complexidade</b>                                                               |    |
| 0408010037                                            | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NAO CONVENCIONAL)                                        |    |
| 0408010053                                            | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL                                                     |    |
|                                                       | OUTROS                                                                                 |    |
| Grupo:                                                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                           |    |
| SubGrupo:                                             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                 |    |
| Forma de Organização:                                 | <b>01 - Cintura escapular</b>                                                          |    |
| Complexidade:                                         | <b>Média Complexidade</b>                                                              | 18 |
| 0408010134                                            | REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO ESCAPULO-UMERAL                      |    |
| 0408010150                                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA                                           |    |
| 0408010185                                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR                   |    |
| 0408010142                                            | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)            |    |
| 0408010193                                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA                |    |
|                                                       | OUTROS                                                                                 |    |
| Grupo:                                                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                           |    |
| SubGrupo:                                             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                 |    |
| Forma de Organização:                                 | <b>03 - Coluna vertebral e caixa torácica</b>                                          |    |
| Complexidade:                                         | <b>Alta Complexidade</b>                                                               |    |
| 0408030380                                            | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NIVEL C/ MICROSCOPIO) |    |
| 0408030305                                            | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS,                                 |    |
| 0408030291                                            | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NIVEIS,                                   |    |
| 0408030070                                            | ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NIVEIS                                                |    |
| 0408030275                                            | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRES NIVEIS                                     |    |
|                                                       | OUTROS                                                                                 |    |
| Grupo:                                                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                           |    |
| SubGrupo:                                             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                 |    |
| Forma de Organização:                                 | <b>03 - Coluna vertebral e caixa torácica</b>                                          |    |
| Complexidade:                                         | <b>Média Complexidade</b>                                                              |    |



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Processo nº 27/012.932/2024

FESA/00228/2024

Data:    /    /    Fls.: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|                       |                                                                                              |    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                 | 20 |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                       |    |
| Forma de Organização: | <b>02 - Membros superiores</b>                                                               |    |
| Complexidade:         | <b>Alta Complexidade</b>                                                                     |    |
| 0408020067            | ARTROPLASTIA DE PUNHO                                                                        |    |
| 0408020253            | REIMPLANTE DO OMBRO ATE O TERCO MEDIO DO ANTEBRACO                                           |    |
| 0408020270            | REIMPLANTE OU REVASCULARIZACAO AO NIVEL DA MAO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)               |    |
|                       | <b>OUTROS</b>                                                                                |    |
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                 |    |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                       |    |
| Forma de Organização: | <b>02 - Membros superiores</b>                                                               | 6  |
| Complexidade:         | <b>Média Complexidade</b>                                                                    |    |
| 0408020407            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO      |    |
| 0408020431            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA                          |    |
| 0408020342            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)            |    |
| 0408020245            | REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO                                   |    |
| 0408020423            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)       |    |
|                       | <b>OUTROS</b>                                                                                |    |
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                 |    |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                       |    |
| Forma de Organização: | <b>04 - Cintura pélvica</b>                                                                  | 6  |
| Complexidade:         | <b>Alta Complexidade</b>                                                                     |    |
| 0408040092            | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA                               |    |
| 0408040254            | TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL P |    |
| 0408040173            | REDUCAO INCRUENTA C/ MANIPULACAO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICACA |    |
| 0408040076            | ARTROPLASTIA DE REVISAO OU RECONSTRUCAO DO QUADRIL                                           |    |
| 0408040297            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO                                                 |    |
|                       | <b>OUTROS</b>                                                                                |    |



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Processo nº 27/012.932/2024

FESA/00228/2024

Data:    /    /    Fls.: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|                       |                                                                                               |    |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                  | 18 |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                        |    |
| Forma de Organização: | <b>04 - Cintura pélvica</b>                                                                   |    |
| Complexidade:         | <b>Média Complexidade</b>                                                                     |    |
| 0408040084            | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA                                              |    |
| 0408040050            | ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL                                                               |    |
| 0408040190            | REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO COXOFEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA                        |    |
| 0408040203            | REDUCAO INCRUENTA DISJUNCAO / LUXACAO / FRATURA / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO ANEL PELVICO    |    |
| 0408040262            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO ANTER | 40 |
|                       | OUTROS                                                                                        |    |
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                  |    |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                        |    |
| Forma de Organização: | <b>05 - Membros inferiores</b>                                                                |    |
| Complexidade:         | <b>Alta Complexidade</b>                                                                      |    |
| 0408050063            | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO                                                         |    |
| 0408050853            | TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE CONGENITA DA TIBIA                                       |    |
| 0408050055            | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO                                         |    |
| 0408050772            | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO INVETERADO                                         |    |
| 0408050756            | TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TALO VERTICAL                                                      |    |
|                       | OUTROS                                                                                        |    |
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                  |    |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                        |    |
| Forma de Organização: | <b>05 - Membros inferiores</b>                                                                |    |
| Complexidade:         | <b>Média Complexidade</b>                                                                     |    |
| 0408050632            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA                                            |    |
| 0408050500            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA                                           |    |
| 0408050012            | AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES                                              |    |
| 0408050233            | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR                     |    |
| 04.08.05.016-0        | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)                          |    |
| 04.08.05.015-2        | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO                                             |    |
| 04.08.05.017-9        | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)     |    |
| 0408050578            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR                                      |    |
|                       | OUTROS                                                                                        |    |
| Grupo:                | 04- Procedimentos cirúrgicos                                                                  |    |
| SubGrupo:             | 08 - Cirurgia do sistema osteomuscular                                                        |    |

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| ESPECIALIDADE CIRÚRGICA OFTALMOLÓGICA |                                                                                  |     |   |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 04.05.03.004-5                        | Fotocoagulação a laser                                                           | 15  | 0 |
| 04.05.03.013-4                        | Vitrectomia Anterior                                                             |     |   |
| 04.05.03.014-2                        | Vitrectomia Posterior                                                            |     |   |
| 04.05.03.016-9                        | Vitrectomia Posterior com infusão de perfluorocarbono e endolaser                |     |   |
|                                       | Vitrectomia posterior para correção degeneração macular relacionada à idade      |     |   |
| 04.05.03.017-7                        | Vitrectomia Posterior com infusão de perfluorocarbono/óleo de silicone/endolaser |     |   |
| 04.05.03.019-3                        | Pan- Fotocoagulação de retina a laser                                            | 90  | 0 |
| 04.05.05.002-0                        | Capsulotomia a Yag Laser                                                         |     |   |
| 04.05.05.009-7                        | Facectomia com implante de lente intra-ocular                                    | 100 | 0 |
| 04.05.05.010-0                        | Facectomia sem implante de lente intra-ocular                                    |     |   |
| 04.05.05.011-9                        | Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular rígida                      |     |   |
| 04.05.05.037-2                        | Facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável                    |     |   |
| 04.05.02.001-5                        | Correção cirúrgica de estrabismo (acima de 2 músculos)                           | 8   |   |
| 04.05.02.002-3                        | Correção cirúrgica de estrabismo (até de 2 músculos)                             |     |   |
| 04.05.05.036-4                        | Tratamento cirúrgico de Pterígio                                                 | 5   |   |
| 04.05.01.018-4                        | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                            | 10  | 0 |
|                                       | Outras Cirurgias oftalmológicas                                                  | 10  |   |
|                                       | TOTAL OFTALMO                                                                    | 238 |   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| ESPECIALIDADE CIRÚRGICA VASCULAR  |                                                                                     |           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 04.06.02.012-4                    | EMBOLECTOMIA ARTERIAL                                                               | 50        |
| 04.06.02.053-1                    | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL |           |
| 04.06.02.042-6                    | REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR                                                 |           |
| 04.06.02.044-2                    | REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL           |           |
| 04.06.02.045-0                    | REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA PROXIMAL         |           |
| 04.06.02.051-5                    | TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL |           |
| 04.06.02.057-4                    | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)                                        |           |
| 04.06.02.056-6                    | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)                                         |           |
| 04.06.02.016-7                    | FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO                                                        |           |
|                                   | OUTROS PROCEDIMENTOS VASCULARES RELACIONADOS A RETAGUARDA DA ORTOPEDIA              |           |
| <b>TOTAL DE CIRURGIA VASCULAR</b> |                                                                                     | <b>50</b> |

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| ESPECIALIDADE CIRURGIA GINECOLOGIA |                                                                                    |    |   |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----|---|
| 04.09.06.002-0                     | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO                      | 60 | 0 |
| 04.09.06.004-6                     | CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇAO DO COLO DO UTERO                            |    |   |
| 04.09.06.005-4                     | CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME                                              |    |   |
| 04.09.06.010-0                     | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)                                                    |    |   |
| 04.09.06.011-9                     | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)                                     |    |   |
| 04.09.06.015-1                     | HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA                                                   |    |   |
| 04.09.06.012-7                     | HISTERECTOMIA SUBTOTAL                                                             |    |   |
| 04.09.06.013-5                     | HISTERECTOMIA TOTAL                                                                |    |   |
| 04.09.06.018-6                     | LAQUEADURA TUBARIA                                                                 |    |   |
| 04.09.06.017-8                     | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO                                          |    |   |
| 04.09.06.021-6                     | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                                       |    |   |
| 04.09.07.027-0                     | TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL                     |    |   |
| 04.09.07.019-0                     | MARSUPIALIZACAO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN                                            |    |   |
|                                    | OUTROS PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS, INCLUINDO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE |    |   |
| TOTAL DE CIRURGIA GINECOLÓGICA     |                                                                                    | 60 |   |

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

| ESPECIALIDADE UROLOGIA             |                                                         |       |    |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|----|
| 04.09.01.017-0                     | Nefrolitotripsia endoscópica                            | 10    | 0  |
| 04.09.04.024-0                     | Instalação endoscópica de cateter duplo J               | 50    | 0  |
| 04.09.01059-6                      | Vasectomia                                              | 10    | 0  |
| 04.09.02.011-7                     | Ureterolitripsia Transureteroscópica                    | 40    | 0  |
| 04.09.03.004-0                     | Tratamento cirúrgico de incontinência urinária          | 15    | 0  |
| 04.09.04.021-5                     | Ressecção endoscópica de próstata                       | 10    | 0  |
| 04.09.04.023-1                     | Tratamento cirúrgico de hidrocele                       | 10    | 0  |
| 04.09.04.023-1                     | Tratamento cirúrgico de varicocele                      |       |    |
| 04.09.01.021-9                     | Nefrectomia total                                       |       |    |
| 04.09.01.065-5                     | Citolitotomia e/ou retirada de corpo estranho de bexiga |       |    |
|                                    | Retirada Endoscópica de duplo J                         | 50    | 0  |
|                                    | Outros                                                  | 5     | 0  |
|                                    | TOTAL DE CIRURGIA DE UROLOGIA ADULTO                    | 200   |    |
| ESPECIALIDADE UROLOGIA PEDIÁTRICA  |                                                         |       |    |
| 04.09.01.032-4                     | Pieloplastia                                            |       | 30 |
| 04.09.05.008-3                     | Postectomia                                             |       |    |
| 04.09.05.003-2                     | Correção de hipospadia (1º tempo)                       |       |    |
| 04.09.05.004-0                     | Correção de hipospadia (2º tempo)                       |       |    |
| 04.09.05.002-4                     | Correção epispádia                                      |       |    |
| 04.09.04.021-5                     | Tratamento cirúrgico de hidrocele                       |       |    |
| 04.09.04.013-4                     | Orquidopexia unilateral                                 |       |    |
| 04.09.04.012-6                     | Orquidopexia bilateral                                  |       |    |
| 04.09.01.050-2                     | Tratamento cirurgico de refluxo vesico-uretral          |       |    |
|                                    | OUTROS                                                  |       |    |
|                                    | TOTAL UROLOGIA PEDIÁTRICA                               | 30    |    |
| TOTAL DE PROCEDIMENTOS DE UROLOGIA |                                                         | 230   |    |
| TOTAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS  |                                                         | 1.069 |    |

**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**Quadro Consolidado de Metas Ambulatorial e de Internação**

| <b>Tipo de Atendimento</b>              | <b>Meta mensal</b>  |
|-----------------------------------------|---------------------|
| Consultas e Exames de apoio Diagnóstico | <b>6.901</b>        |
| Procedimentos Cirúrgicos                | Adulto e Pediátrico |
| Unidade 1 e Unidade 2                   | <b>1.069</b>        |



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Processo nº 27/012.932/2024

FESA/00228/2024

Data:    /    /    Fls.: \_\_\_\_\_

Rubrica: \_\_\_\_\_