



**Dr. Carlos Correia**  
Coordenador do  
OperaDF

# OperaDF



**GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL**  
Ibaneis Rocha

**VICE-GOVERNADORA**  
Celina Leão

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
Juracy Cavalcante Lacerda Júnior

**SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**  
Edna Maria Marques Oliveira

**SECRETÁRIA ADJUNTA DE GESTÃO EM SAÚDE**  
Nelma Regia da Cunha Louzeiro

**ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO**  
Cláudia Maria Mithie Suda Costa Joffily  
Paula Muraro Tarsia  
Daniela Moura Solórzano  
Larissa Miriam de Andrade Reis

**REFERÊNCIA TÉCNICA DISTRITAL**  
Frederico Fernandes Loss  
Marco Antônio da Silva Magalhães  
Francisco de Assis Mitrovick Pacheco  
Caroline Neiva Mendes  
Diego Viegas Barbosa  
Alvaro Antônio Canuto  
Joele Maria de Moraes M. Melo Campos

**REVISÃO**  
Carlos Antônio de Barros Correia Jr.  
Daniela Moura Solórzano  
Raquel Souza Passos

**DIAGRAMAÇÃO**  
Larissa Miriam de Andrade Reis

# ● Apresentação

O Programa OperaDF é uma estratégia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em articulação com o Governo do Distrito Federal, para ampliar o acesso da população às cirurgias eletivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nos artigos 24 e 25 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), é prevista a possibilidade de contratação complementar de serviços privados de saúde. Alinhado a essa diretriz legal, o programa OperaDF tem como objetivo principal reduzir o tempo de espera nas filas por cirurgias eletivas, por meio do credenciamento de instituições privadas, que atuam de forma complementar ao SUS. A proposta foca em procedimentos de média complexidade, voltados a pacientes com perfil clínico estável, ampliando a oferta assistencial e contribuindo para a efetividade do acesso.

O programa é destinado a pacientes previamente regulados pela Central de Regulação da SES/DF e classificados em categorias que correspondem a situações clínicas sem risco iminente, mas que exigem intervenção cirúrgica para garantir qualidade de vida, funcionalidade e prevenção de agravamentos.

Os procedimentos de alta complexidade, que possuem maior risco de complicações, necessidade de leitos hospitalares, suporte intensivo e internações prolongadas, continuam sob a responsabilidade direta da rede pública, que dispõe de infraestrutura hospitalar especializada.

Os editais do programa estabelecem critérios técnicos rigorosos para o credenciamento dos prestadores, incluindo estrutura física localizada no DF,

equipe multiprofissional qualificada, regularidade fiscal e experiência comprovada na execução dos procedimentos propostos. Cada edital contempla uma especialidade cirúrgica específica, com detalhamento dos procedimentos autorizados, pacotes assistenciais, fluxo regulatório, critérios de avaliação e regras de prestação de contas.

A prestação do serviço pelas instituições credenciadas inclui todas as etapas do cuidado cirúrgico: consultas pré e pós-operatórias, exames laboratoriais e de imagem, avaliação de risco, realização do procedimento cirúrgico e monitoramento pós-intervenção. O atendimento somente será realizado mediante encaminhamento via Complexo Regulador, sendo vedado o atendimento por demanda espontânea ou por qualquer outra via de acesso.

Além de representar uma resposta concreta à demanda reprimida por cirurgias eletivas, o Programa OperaDF também fortalece o compromisso da SES/DF com a universalidade, a equidade e a integralidade do SUS. Por meio de planejamento, regulação criteriosa, monitoramento e auditoria, o programa garante o uso responsável dos recursos públicos, promovendo desfechos clínicos positivos e maior satisfação dos usuários do sistema de saúde.

# ● Complexo regulador

O Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF) é uma estrutura estratégica da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) que organiza e gerência o acesso da população aos serviços de saúde especializados, hospitalares, de urgência, alta complexidade, transporte sanitário e transplantes.

A criação dessa estrutura se deu para garantir que os recursos em saúde, especialmente aqueles mais limitados, como leitos hospitalares e exames de alta complexidade, sejam utilizados com eficiência, equidade e transparência.

Embora o processo regulatório em saúde no DF tenha se iniciado em meados da década de 2000 com centrais pontuais (como a Central de Internação Hospitalar - CERIH), o Complexo Regulador como estrutura integrada foi formalizado pela Portaria nº 189, de 7 de outubro de 2009, da SES/DF.

Posteriormente, seu funcionamento foi alinhado à Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, atualmente consolidada no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, que define os princípios, objetivos e diretrizes da regulação do acesso no SUS, incluindo a implantação dos Complexos Reguladores e suas respectivas unidades operacionais.

O Complexo Regulador do DF está estruturado em quatro diretorias principais, com atuação técnica especializada, a Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH) é composta por cinco centrais de regulação:

- • Central de Regulação da Internação Hospitalar – **CERIH**
- • Central de Regulação Ambulatorial – **CERA**
- • Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade – **CERAC**
- • Central de Regulação do Transporte Sanitário – **CERTS**
- • Central de Regulação de Cirurgias Eletivas – **CERCE**

A Central de Regulação de Cirurgias Eletivas, regula o acesso aos procedimentos cirúrgicos, organiza as filas e agendas das cirurgias eletivas de acordo com critérios clínicos, priorização e pontuação entre unidades.

**Endereço:** Edifício CIOB-Setor de Administração Municipal (SAM)

Cep: 72.620-000

Telefone: (61) 3449-4323/4324

E-mail: [crdf@saude.df.gov.br](mailto:crdf@saude.df.gov.br)

# ● Oftalmologia

## EDITAL N° 03/2025

- Pacote de Procedimentos:
- FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL
  - **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**  
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
  - **4\_ Consultas médicas na Atenção Especializada (Pré e Pós-Cirúrgica e Pré-anestésica, e refração)**
  - **3\_ Tonometrias**
  - **6\_ Mapeamentos de retina**
  - **2\_ Biometrias ultrassônicas (monocular)**
  - **2\_ Microscopias especulares de córnea**
  - **2\_ Procedimentos de facoemulsificação com implante intra-ocular dobrável.**
- VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFULUOCARBONO ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER
  - **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**  
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
  - **3\_ Consultas médicas na Atenção Especializada (Pré e Pós-Cirúrgica e Pré-anestésica, e refração)**

- • **3\_ Tonometrias**
  - • **6\_ Mapeamentos de retina**
  - • **2\_ Ultrassonografias de globo ocular/orbita (monocular)**
  - • **1\_ Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono/óleo de silicone/endolaser**

Caso seja evidenciada a necessidade, a contratada poderá realizar de forma complementar os exames abaixo relacionados:

**\_ RETINOPEXIA C/ INTROFLEXÃO ESCLERAL:** O pagamento deverá ser realizado utilizando a tabela SIGTAP, código 04.05.03.007-0;

**\_ FOTOCOAGULAÇÃO A LASER:** O pagamento deverá ser realizado utilizando a tabela SIGTAP, código 04.05.03.004-5.

#### **Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
  - \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
  - \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
  - \_ Não abster-se de operar pacientes com casos complexos sem uma justificativa técnica bem fundamentada e aceita pela SES/DF;
  - \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
  - \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
  - \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Oftalmologia

CÓD. 30044 – FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL

CÓD. 11240 – VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBONO/OLEO DE SILICONE/ENDOLASER

## **Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

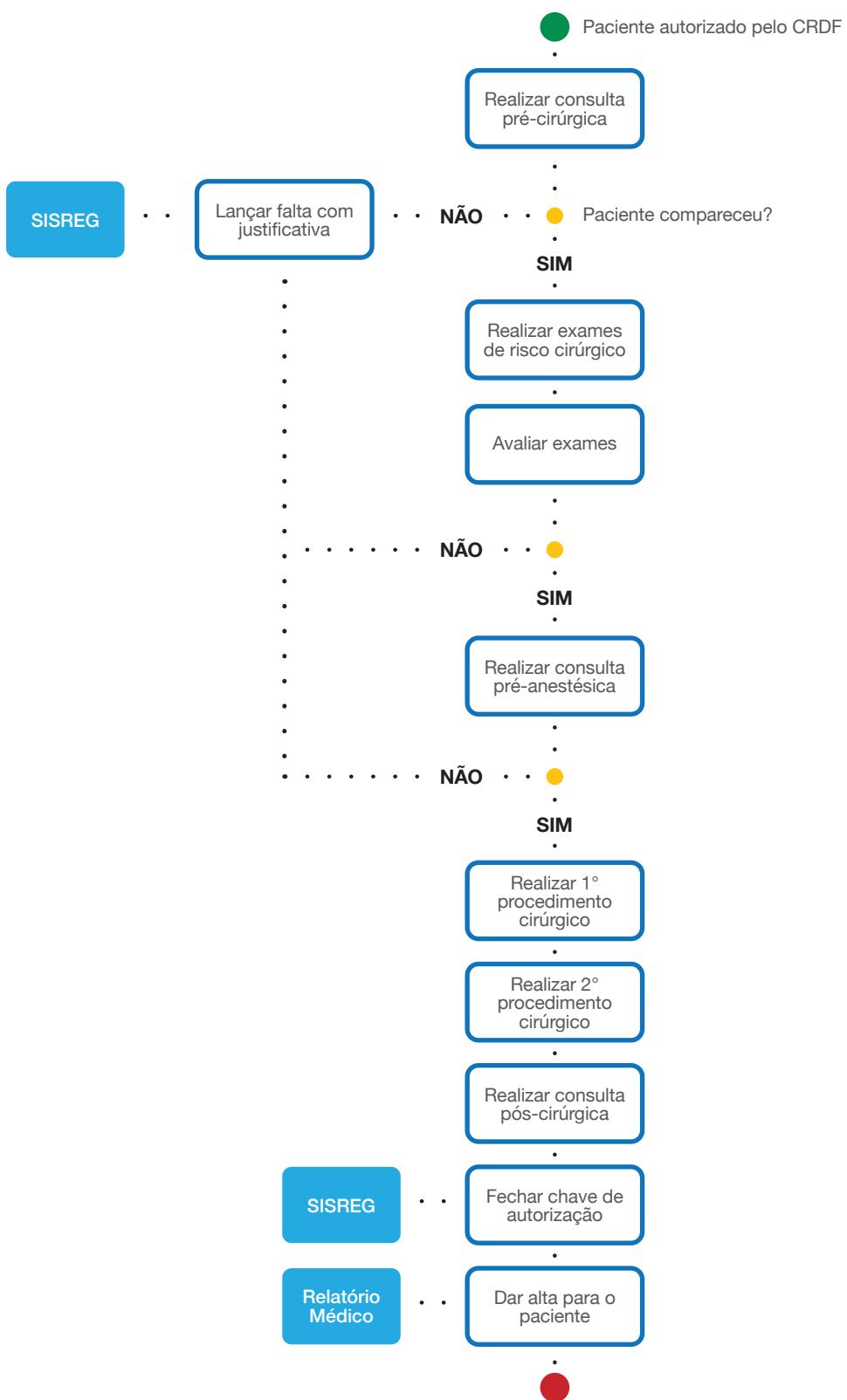
- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato)
- \_ Indicação de leito intensivo no pós-operatório.

# • Matriz de Priorização **Oftalmologia**

- \_ Paciente com visão no melhor olho pior que 20/200
  - \_ Pacientes com comorbidades que possam dificultar realização de cirurgias com anestesia local apenas, sendo necessário sedação profunda e/ou anestesia geral, com ou sem necessidade de internação. Possuindo um dos seguintes critérios: risco cirúrgico ASA III, alterações neurológicas que prejudicam colaboração no momento da cirurgia, tremores que dificultam o posicionamento na mesa cirúrgica e realização do procedimento
  - \_ Pacientes com catarata congênita ou infantil menores que 2 anos

- \_ Pacientes com visão corrigida de 20/40 a 20/80 no melhor olho

# ● Fluxo - OperaDF Oftalmologia



# ● **Vascular**

- EDITAL N° 04/2025
- 
- Pacote de Procedimentos:
- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL
- . . . **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**  
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
- . . . **3\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
- . . . **1\_ Procedimento cirúrgico bilateral**
- . . . **2\_ Ultrassonografias doppler colorido de vasos**

Havendo eventuais complicações cirúrgicas a contratada deverá realizar os procedimentos necessários para correção da complicações. Esses procedimentos deverão ser resarcidos pelos valores da tabela SUS/SIGTAP mediante comprovação a ser apresentada para prestação de contas junto a comissão fiscalizadora do contrato.

#### **Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
- \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
- \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
- \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
- \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
- \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Cirurgia Vascular

CÓD. 30044 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES  
BILATERAL

## **Serão atendidos exclusivamente pacientes:**

- \_ Com varizes sintomáticas classificadas como CEAP ( classificação clínica, etiológica, anatômica e Patológica das doenças venosas) C2, C3, C4, C5 e C6
- \_ Adultos
- \_ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF
- \_ Classificados nas filas **amarela**, **verde** e **azul** do SISREG III

Pacientes com prioridade **vermelha**, pediatricos ou não classificados via fila SUS não serão contemplados neste contrato.

## **Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

- \_ Eventual discrepância entre o achado do exame de imagem e o achado transoperatório
- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato)
- \_ Indicação de leito intensivo no pós-operatório.

# ● Matriz de Priorização Cirurgia Vascular

\_ Não há procedimento cirúrgico vascular com prioridade vermelha

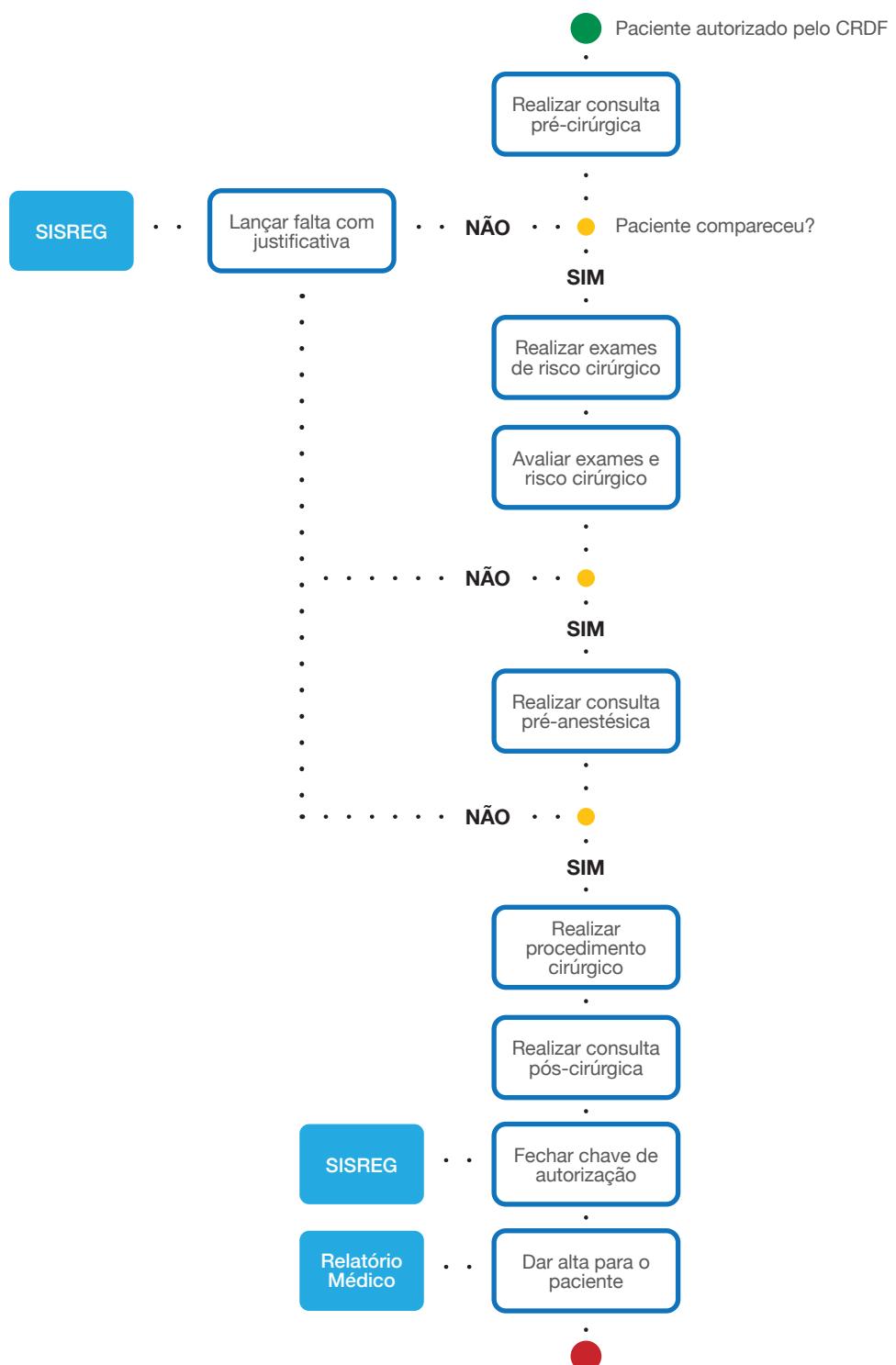
\_ Paciente com doença venosa crônica por varizes com úlcera venosa ativa ou cicatrizada (CEAP C6, CEAP C5)

\_ Paciente com doença venosa crônica por varizes com lipodermatoesclerose (CEAP C4);  
Paciente com doença venosa crônica por varizes com edema (CEAP C3)

\_ Paciente com doença venosa crônica por varizes sintomática (CEAP C2);

CEAP - Classificação clínica, etiológica, anatômica e patológica das doenças venosas

# ● Fluxo - OperaDF Cirurgia Vascular



# ● Coloproctologia

● EDITAL N° 05/2025

● Pacote de Procedimentos:

● FISTULECTOMIA/FISTULECTOMIA ANAL

● ● ● **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

● consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;

● ● ● **3\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

● ● ● **1\_ Fistulectomia/fistulectomia anal**

**Caso seja evidenciada a necessidade, a contratada pode realizar, de forma complementar os exames abaixo relacionados:**

\_ Manometria - exame para avaliação do status de continência (pressões dos músculos esfínter interno e externo, principalmente).

\_ Ressonância magnética de pelve/canal anal com contraste - exame de imagem para estudo do trajeto fistuloso, especialmente importante em casos de fístulas complexas;

\_ Exame anátomo patológico para congelamento/parafina - por peça - caso haja tumoração suspeita em orifício/trajeto fistuloso;

---

\_ A Manometria será paga com base no código sigtap 02.09.01.003-7, o qual traz descrição de procedimento similar, visto que o procedimento não possui código próprio;

\_ A Ressonância será paga com base na deliberação no 24 de 10 de Junho de 2024;

\_ O exame anátomo patológico será pago com base na tabela SIGTAP código 02.03.02.003-0;

\_ Outros procedimentos complementares poderão ser realizados, utilizando para pagamento os valores da tabela SUS/SIGTAP, devendo constar em descrição cirúrgica que fará parte da documentação entregue a subcomissão.

- Pacote de Procedimentos:
    - HEMORROIDECTOMIA
    - - ● ● **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**  
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
      - ● ● **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
      - ● ● **1\_ Hemorroidectomia**
      - ● ● **1\_ Exame anátomo patológico para congelamento/parafina - por peça**
- Caso seja evidenciada a necessidade, a contratada pode realizar, de forma complementar os exames abaixo relacionados:**
- \_ Manometria - exame para avaliação do status de continência (pressões dos músculos esfínter interno e externo, principalmente).
  - \_ Exame anátomo patológico para congelamento/parafina - por peça - caso haja tumoração suspeita em orifício/trajeto fistuloso.
- 
- \_ A Manometria será paga com base no código sigtap 02.09.01.003-7, o qual traz descrição de procedimento similar, visto que o procedimento não possui código próprio;
  - \_ A Ressonância será paga com base na deliberação no 24 de 10 de Junho de 2024;
  - \_ Outros procedimentos complementares poderão ser realizados, utilizando para pagamento os valores da tabela SUS/SIGTAP, devendo constar em descrição cirúrgica que fará parte da documentação entregue a subcomissão.

**Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
- \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
- \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
- \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
- \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
- \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Coloproctologia

CÓD. 39457 – FISTULECTOMIA/FISTULECTOMIA ANAL  
CÓD. 39456 – HEMORROIDECTOMIA

## **Serão atendidos exclusivamente pacientes:**

- \_ Que apresentem feções de intestinogrosso, reto e ânus;
- \_ Jovens e adultos (a partir de 15 anos completos);
- \_ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF;
- \_ Classificados na fila **verde** do SISREG III.

Pacientes com prioridade **vermelha** e **amarela** ou não classificados via fila SUS não serão contemplados neste contrato.

## **Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

- \_ Eventual discrepância entre o achado do exame de imagem e o achado transoperatório
- \_ Alterações importantes nas dimensões do órgão que possa inviabilizar o procedimento
- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato)
- \_ Indicação de leito intensivo no pós-operatório.

# • Matriz de Priorização **Coloproctologia**

\_ Amputação abdomino-perineal de reto em oncologia, colectomia parcial (hemicolpectomia) em oncologia, colectomia total em oncologia, excisão local de tumor do reto em oncologia, retossigmoidectomia abdominal em oncologia, exenteração pélvica posterior em oncologia, exenteração pélvica total em oncologia, proctocolectomia total em oncologia.

\_ Exérese de cisto sacro-coccígeo, cerclagem de ânus, dilatação digital/instrumental do ânus e/ou reto, esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal, fistulectomia/fistulotomia anal, hemorroidectomia, plástica anal externa/esfinteroplastia anal, proctoplastia e proctorrrafia por via perineal, tratamento cirúrgico de prolapso anal, tratamento esclerosante de hemorroidas (por sessão).

# ● Cabeça e PESCOÇO

EDITAL N° 06/2025

- Pacote de Procedimentos:
- TIREOIDECTOMIA TOTAL
- TIREOIDECTOMIA PARCIAL
- . . . **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
- . . . **1\_ Avaliação de risco cirúrgico (com exames laboratoriais, ECG e RX tórax)**
- . . . **1\_ Cirurgia (total ou parcial)**
- . . . **1\_ Exame anátomo-patológico**

Exames adicionais (como TSH, T4 livre e videolaringoscopia) podem ser exigidos conforme indicação clínica, sendo remunerados via tabela SIGTAP.

## **Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
- \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
- \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
- \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
- \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
- \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Cirurgia Cabeça e Pescoço

CÓD. 11240 – CIRURGIA DE TIREOIDECTOMIA

Os procedimentos de Tireoidectomia parcial e total estão elencados no protocolo de acesso como cirurgias de prioridade **verde** e **azul**.

## **Serão atendidos exclusivamente pacientes:**

- \_ Com doença benigna da tireoide (CID D34, CID E00, E07 e suas subdivisões);
- \_ De qualquer faixa etária;
- \_ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF;
- \_ Classificados nas filas **verde** e **azul** do SISREG III.

Pacientes com prioridade **vermelha** ou não classificados via fila SUS não serão contemplados neste contrato.

## **Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

- \_ Eventual discrepância entre o achado do exame de imagem e o achado transoperatório
- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato).

# ● Matriz de Priorização Cirurgia Cabeça e Pescoço

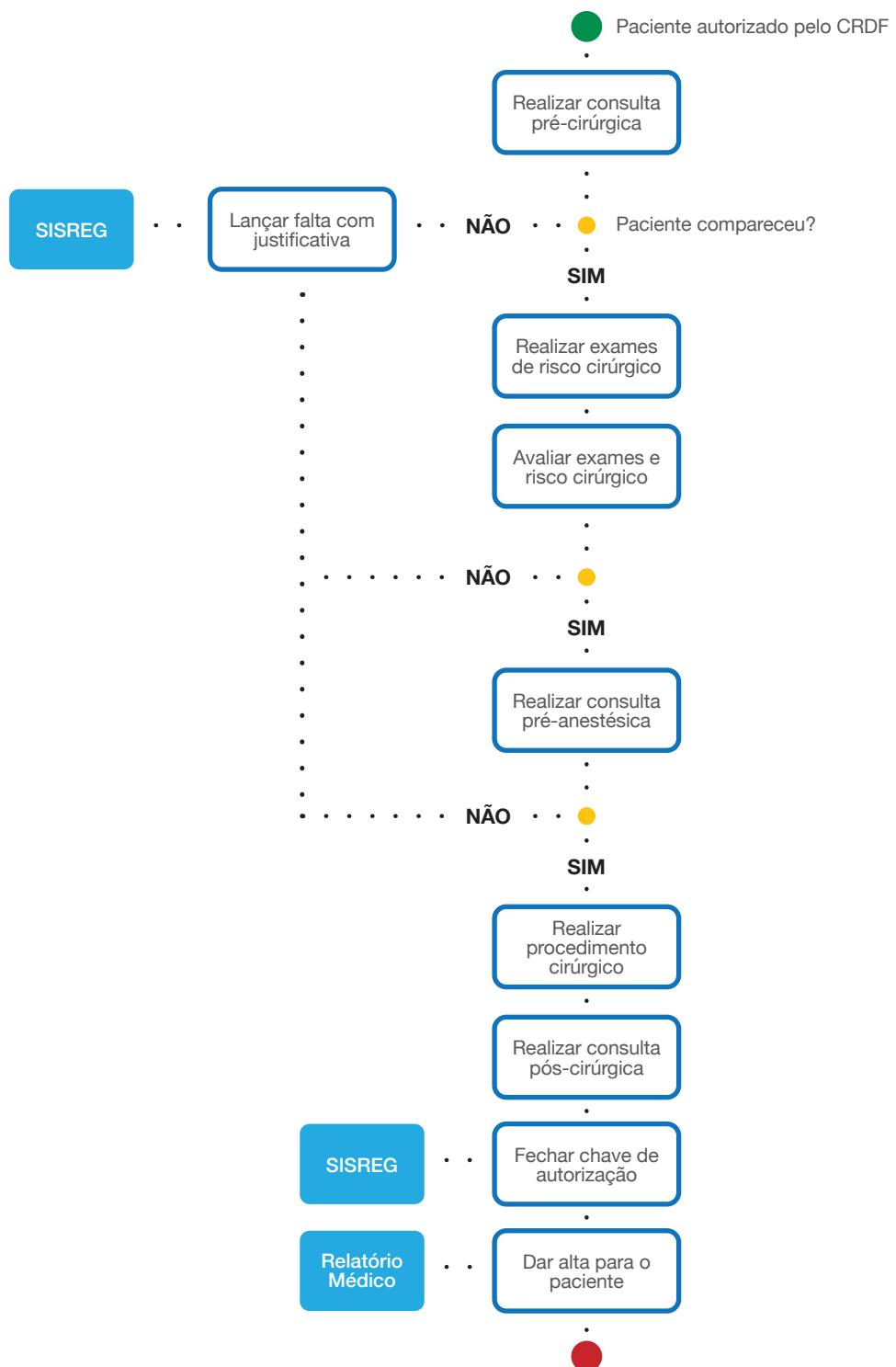
\_ As cirurgias classificadas em VERMELHO são para situações muito específicas de urgência/emergência ou Resgate Cirúrgico, sendo sua indicação feita apenas por uma junta médica de especialistas

\_ Carcinomas Escamocelulares  
\_ mores Malignos (Glândulas salivares, sarcomas, etc.)

\_ Nódulos tireoidianos Bethesda III maiores que 2 cm  
\_ Nódulos tireoidianos Bethesda IV  
\_ Bócos maiores que 100 cm<sup>3</sup>  
\_ Tumores cérvico-faciais maiores que 6 cm  
\_ Hiperparatireoidismo com dosagem de PTH maior que 600ui

\_ As demais lesões neoplásicas benignas.

# ● Fluxo - OperaDF Cirurgia Cabeça e PESCOÇO



# ● Cirurgia Geral

EDITAL N° 08/2025

Pacote de Procedimentos:

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

... **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

... **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;

... **1\_ Exame anatomo-patológico**

para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia (exceto colo uterino e mama) - histopatológico geral;

... **1\_ Colecistectomia videolaparoscópica;**

HERNIOPLASTIA UMBILICAL

... **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

... **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;

... **1\_ Hernioplastia umbilical**

tela inorgânica de polipropileno com sistema duplo ou tela inorgânica de polipropileno pequena (até100cm<sup>2</sup>).

HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

... **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

... **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno

- . . . **1\_ Herniplastia inguinal (bilateral)**  
tela inorgânica de polipropileno com sistema duplo ou tela inorgânica de polipropileno pequena (até100cm<sup>2</sup>).  
• . . .
- . . . **HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL)**
- . . . **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
- . . . **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**  
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
- . . . **1\_ Herniplastia umbilical (unilateral)**  
tela inorgânica de polipropileno com sistema duplo ou tela inorgânica de polipropileno pequena (até100cm<sup>2</sup>).

Exames ou procedimentos complementares não previstos expressamente neste pacote, mas que se façam necessários devido a intercorrências ou particularidades do caso, poderão ser realizados, utilizando para pagamento os valores da tabela SIGTAP, desde que devidamente justificados, constando em descrição cirúrgica/relatório médico.

**Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
- \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
- \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
- \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
- \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
- \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Cirurgia Geral

CÓD. 39398 – COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

Os procedimento de Colecistectomia Videolaparoscópica, Hernioplastiva Umbilical e Inguinal estão elencados na nota técnica de acesso como procedimentos de prioridade **verde**.

## **Serão atendidos exclusivamente pacientes:**

- \_ Pacientes não pediátricos;
- \_ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF;
- \_ Classificados na fila **verde** do SISREG III.

Pacientes com prioridade **vermelha** e **amarela** ou não classificados via fila SUS não serão contemplados neste contrato.

## **Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato)
- \_ Indicação de leito intensivo no pós-operatório.

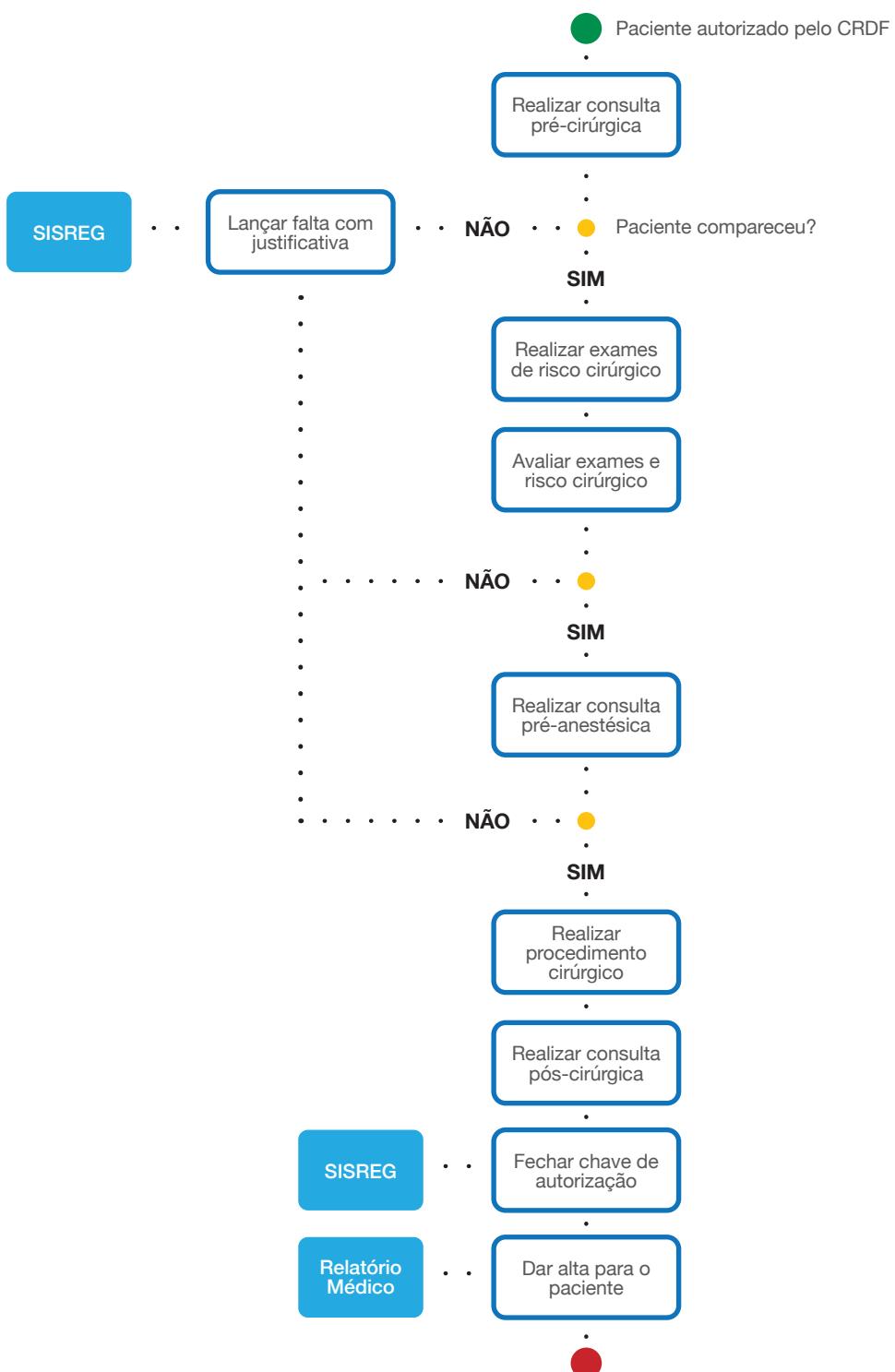
# ● Matriz de Priorização Cirurgia Geral

- Tumores oncológicos, de pele e tireóide;
- Neoplasias malignas do apêndice, cólon, reto e ânus;
- Neoplasia maligna do estômago, pâncreas e esôfago;
- Neoplasias malignas de fígado e vias biliares;
- Neoplasia de vesícula biliar;

- Doenças benignas da tireóide;
- Megacôlon, doença diverticular e outras doenças dos intestinos;
- Hérnias internas e outras doenças obstrutivas dos intestinos;
- Estados de derivação intestinal;
- Neoplasia gástrica benigna, incerta ou desconhecida;
- Doenças crônicas que geram necessidade de via alimentar transcutânea;
- Tumores benignos do esôfago;
- Estenose cáustica e outros transtornos obstrutivos do esôfago;
- Acalásia e megaesôfago;
- Doenças benignas do pâncreas e fígado;
- Calculose de via biliar ou coledocolitíase;
- Pólipos de vesícula;

- Doença ulcerosa peptica e suas complicações;
- Refluxo gastroesofágico;
- Divertículo de zenker
- Hérnia diafragmática
- Hérnia incisional, femoral, inguinal, epigástrica e umbilical;
- Colecistopatia crônica calculosa;
- Tumores benignos de pele e anexos, cisto sebáceo e lipoma.

# ● Fluxo - OperaDF Cirurgia Geral



# ● Urologia

## EDITAL N° 07/2025

Pacote de Procedimentos:

URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA +  
EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO  
ESTRANHO/CÁLCULO DE URETER

... . . . **3\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

... . . . **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

... . . . consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;

... . . . **1\_ Ureterolitotripsia transureteroscópica**

... . . . **1\_ Extração endoscópica de corpo estranho / cálculo de ureter;**

CIRURGIA DE RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA

... . . . **4\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**

... . . . **1\_ OCI avaliação de risco cirúrgico:**

... . . . consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;

... . . . **1\_ Ressecção endoscópica de próstata**

... . . . **1\_ Exame anátomo patológico para congelamento / parafina - por peça**

## VASECTOMIA

- • **3\_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
  - • **1\_ Vasectomia**
  - • **1\_ Pesquisa de espermatozoides (após  
vásectomia).**

Exames adicionais (como tomografia de abdome total sem contraste) podem ser exigidos conforme indicação clínica e justificativa, deverá ser somado os valores dos procedimentos de tomografia computadorizada do abdomen superior e abdomen inferior ou pelve. Também é possível usar o código único correspondente se disponível e pactuado. Os exames serão remunerados via tabela SIGTAP.

#### **Obrigações da empresa contratada:**

- \_ Atender apenas pacientes do SUS encaminhados via regulação;
  - \_ Não cobrar valores adicionais dos pacientes;
  - \_ Zelar pela boa e completa execução dos serviços contratados;
  - \_ Prestar contas detalhadas mensalmente;
  - \_ Plano de contingência para complicações cirúrgicas;
  - \_ Garantir sigilo dos dados dos pacientes (LGPD) e demais obrigações elencadas em edital.



**Não é permitido atendimento espontâneo nem captação direta de pacientes. Toda a demanda deve obrigatoriamente passar pelo fluxo de regulação oficial da SES/DF, o que garante o controle, equidade e rastreabilidade do acesso.**

# ● Protocolo Urologia

CÓD. 12483 – RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA

CÓD. 12513 – VASECTOMIA

CÓD. 12459 – URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA  
+ EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO/CÁLCULO  
DE URETER

**Serão atendidos exclusivamente pacientes:**

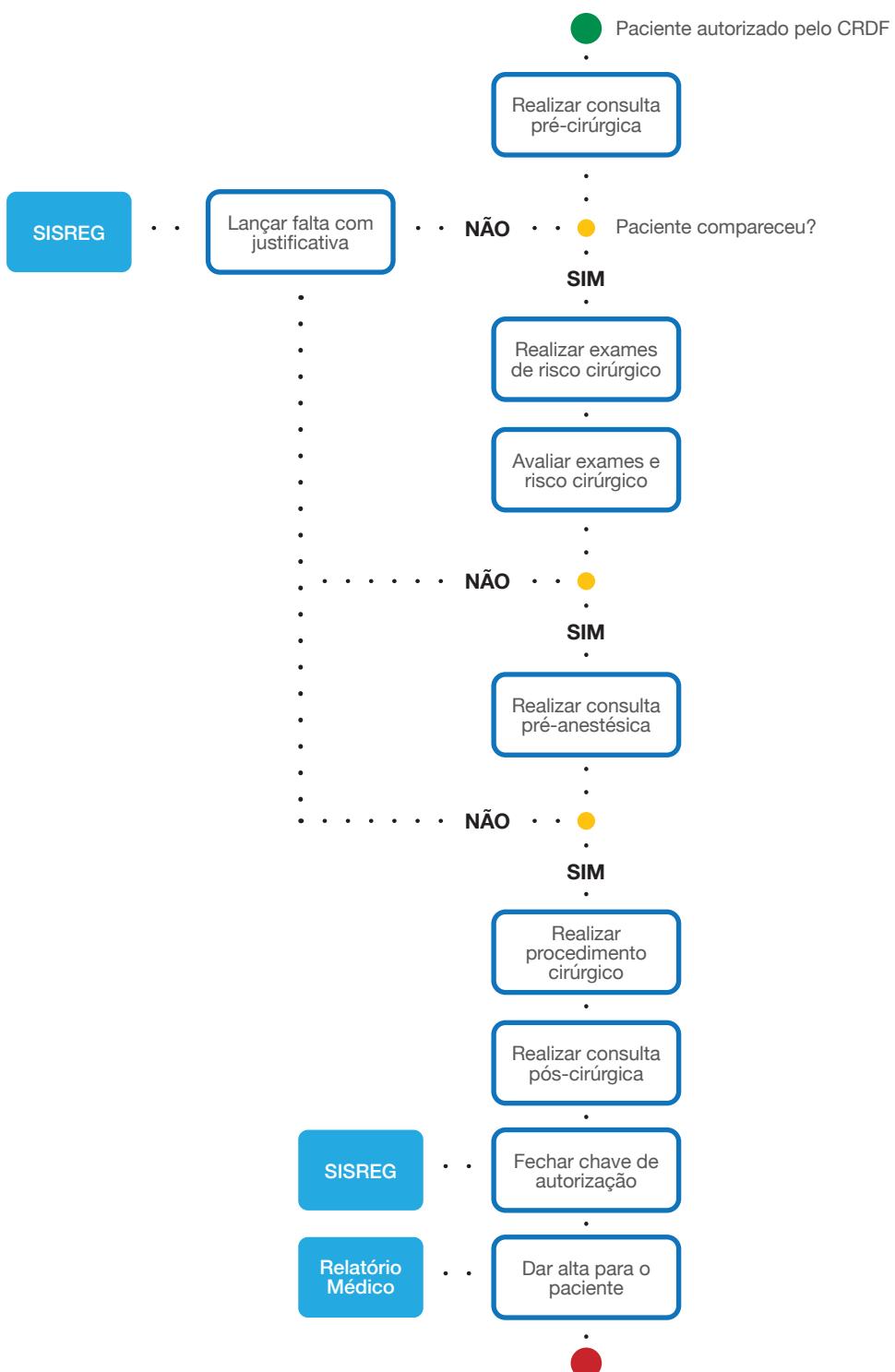
- \_ Adultos;
- \_ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF;
- \_ Inseridos na fila de regulação com CID relacionados à especialidade de urologia.

Não serão atendidos pacientes não inseridos na fila de regulação do SUS nem pacientes que necessitem de procedimentos de urgência.

**Possibilidades de suspensão ou cancelamento:**

- \_ Eventual discrepância entre o achado do exame de imagem e o achado transoperatório
- \_ Alterações importantes nas dimensões do órgão que possa inviabilizar o procedimento
- \_ Alterações clínicas: febre, infecção ativa, descompensação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.)
- \_ Recusa ou desistência do paciente
- \_ Óbito do paciente
- \_ Ausência de indicação clínica
- \_ Impossibilidade técnica (alteração de complexidade não prevista em contrato)
- \_ Indicação de leito intensivo no pós-operatório.

# ● Fluxo - OperaDF Urologia



# ● Fechamento de Chaves no SISREG III

| STATUS DA SOLICITAÇÃO                 | CAMPO SELECIONÁVEL  | INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR<br>(campo editável)  |
|---------------------------------------|---|--|
| Agendamento / Confirmado / Executante | <ul style="list-style-type: none"><li>• Procedimento Realizado</li></ul>            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Data da cirurgia</li><li>- Procedimentos associados? Quais?</li></ul>              |
| Agendamento / Falta / Executante      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Falha no contato</li></ul>                  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Registros dos contatos realizados (3 contatos em dias/turnos diferentes)</li></ul> |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirurgia já realizada</li></ul>             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Quem informou e grau de parentesco</li></ul>                                       |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Desistência da cirurgia</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Quem informou e grau de parentesco</li></ul>                                       |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Óbito</li></ul>                             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Quem informou e grau de parentesco</li></ul>                                       |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Não compareceu</li></ul>                    | <ul style="list-style-type: none"><li>- Qual etapa da jornada do paciente (Consulta? Exames? Cirurgia?)</li></ul>          |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sem indicação clínica</li></ul>             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificativa médica</li></ul>   |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Impossibilidade técnica</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificativa médica</li></ul>   |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de outro procedimento</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificativa médica</li></ul>   |
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Necessidade de UTI</li></ul>                | <ul style="list-style-type: none"><li>- Justificativa médica</li></ul>   |

# ● Fechamento de Chaves no SISREG III

| CONSULTA DE AGENDA DE PROFISSIONAL   |                          |  |  |  |  |  |
|--|--------------------------|--|--|--|--|--|
| Cód. Solicitação:  | CNS Paciente:            |  |  |  |  |  |
| Data Inicial: * 01/09/2025   | Data Final: * 30/09/2025 |  |  |  |  |  |
| Executante: * PRONTO SOCORRO DE FRATURAS   |                          |  |  |  |  |  |
| Profissional:  |                          |  |  |  |  |  |
| Procedimento: * GRUPO - CE CIRURGIA GERAL DOENÇAS DE FIGADO,   |                          |  |  |  |  |  |
| Tipo de agenda: * CONFIRMACAO <input checked="" type="checkbox"/> Exibir procedimentos <input type="checkbox"/> Exibir telefones |                          |  |  |  |  |  |
| Tipo de ordenação: DATA/HORA DA MARCACAÇÃO <input type="checkbox"/> Inverter ordem   |                          |  |  |  |  |  |
| Resultados por página: 10  |                          |  |  |  |  |  |
| OK   |                          |  |  |  |  |  |

| PROPRIEDADES DA AGENDA                                       |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Unidade Executante: PRONTO SOCORRO DE FRATURAS (3025020)     | Período: 01/09/2025 a 30/09/2025   |  |  |  |  |  |
| Profissional Executante: LEANDRO MARQUES DUTRA (42478170434) | Procedimento Ambulatorial: GRUPO - CE CIRURGIA GERAL DOENÇAS DE FIGADO, PANCREAS E VIAS BILIARES (0413000) |  |  |  |  |  |
| Ordenado por: DATA/HORA DA MARCACAÇÃO                        | Resultados por página: 10  |  |  |  |  |  |
| Mostrando Página 1 de 5                                      |  |  |  |  |  |  |

|                  |   |                      |           |                               |   |   |
|------------------|---|----------------------|-----------|-------------------------------|---|---|
| 484485606        | CNS: 703406988116600                                      | Paciente: 16/10/1991 | Idade: 33 | Origem: CIDADE OCIDENTAL - GO | Telefone(s): <a href="#">Exibir Lista</a> | Chave: <input type="text"/>  |
| Justificativa:   |   |                      |           |                               |   |   |
| Procedimento(s): | 01 - CE - COLOCISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (0407030034) |                      |           |                               |   |   |

| CONSULTA DE AGENDA DE PROFISSIONAL   |                          |  |  |  |  |  |
|--|--------------------------|--|--|--|--|--|
| Cód. Solicitação:  | CNS Paciente:            |  |  |  |  |  |
| Data Inicial: * 01/09/2025   | Data Final: * 30/09/2025 |  |  |  |  |  |
| Executante: * PRONTO SOCORRO DE FRATURAS   |                          |  |  |  |  |  |
| Profissional:  |                          |  |  |  |  |  |
| Procedimento: * GRUPO - CE CIRURGIA GERAL DOENÇAS DE FIGADO,   |                          |  |  |  |  |  |
| Tipo de agenda: * REGISTRAR FALTA <input checked="" type="checkbox"/> Exibir procedimentos <input type="checkbox"/> Exibir telefones |                          |  |  |  |  |  |
| Tipo de ordenação: DATA/HORA DA MARCACAÇÃO <input type="checkbox"/> Inverter ordem   |                          |  |  |  |  |  |
| Resultados por página: 10  |                          |  |  |  |  |  |
| OK   |                          |  |  |  |  |  |

| PROPRIEDADES DA AGENDA                                       |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Unidade Executante: PRONTO SOCORRO DE FRATURAS (3025020)     | Período: 01/09/2025 a 30/09/2025   |  |  |  |  |  |
| Profissional Executante: LEANDRO MARQUES DUTRA (42478170434) | Procedimento Ambulatorial: GRUPO - CE CIRURGIA GERAL DOENÇAS DE FIGADO, PANCREAS E VIAS BILIARES (0413000) |  |  |  |  |  |
| Ordenado por: DATA/HORA DA MARCACAÇÃO                        | Resultados por página: 10  |  |  |  |  |  |
| Mostrando Página 1 de 5                                      |  |  |  |  |  |  |

|                  |   |                      |           |                               |   |   |
|------------------|---|----------------------|-----------|-------------------------------|---|---|
| 484485606        | CNS: 703406988116600                                      | Paciente: 16/10/1991 | Idade: 33 | Origem: CIDADE OCIDENTAL - GO | Telefone(s): <a href="#">Exibir Lista</a> | Falta: <input type="checkbox"/>  |
| Justificativa:   |   |                      |           |                               |   |   |
| Procedimento(s): | 01 - CE - COLOCISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (0407030034) |                      |           |                               |   |   |

# ● Monitoramento Indicadores

- \_ Volume de cirurgias autorizadas pelo CRDF por período;
- \_ Volume de consultas pré-cirúrgicas realizadas por período;
- \_ Volume de cirurgias realizadas por período;
- \_ Tempo médio entre a autorização e a realização da consulta pré-cirúrgica;
- \_ Tempo mediano entre a autorização e a realização da consulta pré-cirúrgica;
- \_ Tempo médio entre a realização da consulta pré-cirúrgica e a realização dos exames;
- \_ Tempo mediano entre a realização da consulta pré-cirúrgica e a realização dos exames pré-cirúrgicos;
- \_ Tempo médio entre a autorização e a realização da cirurgia;
- \_ Tempo mediano entre a autorização e a realização da cirurgia;
- \_ % de consultas pré-cirúrgicas realizadas dentro do período contratualizado (até 15 dias após a autorização da cirurgia);
- \_ % de exames pré-cirúrgicos dentro do período contratualizado (até 15 dias após a consulta pré-cirúrgica);
- \_ % de cirurgias realizadas dentro do período contratualizado (até 90 dias após a autorização);
- \_ Número de manifestações na ouvidoria da SES/DF.

# ● Monitoramento Avaliação e sansões

## **Das sanções:**

- \_ Serão aplicadas se o contratado cometer infrações administrativas, previstas na Lei nº 14.133/2021;
- \_ O contratado responsável pelas infrações administrativas será passível de:
  - . Advertência;
  - . Impedimento de licitar ou contratar;
  - . Declaração de idoneidade para contratar ou licitar;
  - . Multa.
- \_ Na aplicação das sanções serão considerados:
  - . A natureza e a gravidade da infração cometida
  - . As peculiaridades do caso concreto
  - . As circunstâncias agravantes ou atenuantes
  - . Os danos que dela provierem para o contratante
  - . A implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.

# ● Plano de fiscalização de contratos

## **Regras gerais:**

- \_ Enviar arquivos via Google Drive para: sais.cfcac@saude.df.gov.br.
- \_ Máximo 20MB por arquivo.
- \_ Documentação deve estar organizada por contrato e competência (mês/ano).
- \_ Apenas o risco cirúrgico é considerado pacote (exames adicionais são cobrados separadamente).
- \_ Documentos fora do padrão devem vir com justificativa.

## **Documentação obrigatória:**

- \_ Planilha com dados dos atendimentos (nome, código SIGTAP, AIH, datas, procedimentos).
- \_ Ficha do SISREG III autorizada (status AGENDADO / CONFIRMADO / EXECUTANTE).
- \_ Espelho da AIH e da APAC.
- \_ Termo de consentimento livre e esclarecido (assinado por paciente e cirurgião).
- \_ Documento pessoal legível com foto (RG, CPF, etc).
- \_ Anamneses e avaliações de risco cirúrgico (pré e pós-operatórios).
- \_ Exames pré-operatórios com carimbo e assinatura.
- \_ Documentos complementares: boletim anestésico, resumo de alta, laudos, OPMEs, folha de gastos e pesquisa de satisfação.



### **Motivos de glosa mais frequentes:**

- \_ Falta de documentos obrigatórios (identificação, AIH, risco cirúrgico, etc).
- \_ Ficha SISREG com status incorreto.
- \_ Documentos sem carimbo/assinatura.
- \_ Informações divergentes (procedimento autorizado vs. realizado).
- \_ Ausência de TCLE correto.
- \_ Desvios nos itens do pacote contratado.

### **Recurso de glosa:**

- \_ Prazo de envio: até 10 dias úteis.
- \_ Deve conter: e-mail identificado, planilha com justificativas e documentação complementar do paciente.

## **Exemplos de documentos:**

## **MODELO DE PLANILHA**

ESPELHO DA APAC

|   |  |
|---|--|
|  <b>APAC</b> Autorização de Procedimentos Ambulatoriais<br>Laudo de Solicitação / Autorização   |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>  |  |
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ CNES _____   |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>  |  |
| NOME DO PACIENTE _____ N° DO PONTUADOR _____  |  |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ DATA DE NASCIMENTO _____ GÊNERO _____<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> HOMEM <input type="checkbox"/> MULHER   |  |
| NOME DA MAE _____ FONE DE CELULAR _____<br><small>(PÁGINA DE CELULAR)</small>   |  |
| NOME DO RESPONSÁVEL _____ FONE _____<br><small>(PÁGINA DE CELULAR)</small>  |  |
| ENDERECO (RUA, N°, Bairro) _____ COD. BISÉ MUNICÍPIO _____ UF _____ CEP _____   |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ SERVIÇO _____ CLASSE _____ NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ QTD. _____   |  |
| <b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b><br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTDS. _____<br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTDS. _____<br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTDS. _____<br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTDS. _____<br>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ QTDS. _____ |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b><br>DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO _____ CID-10 PRINCIPAL _____ CID-10 SECUNDÁRIO _____ CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS _____  |  |
| <b>HISTÓRIA CLÍNICA</b><br>_____  |  |
| <b>SOLICITAÇÃO</b><br>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____<br>CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____  |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b><br>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ COD. ORGÃO EMISOR _____ AP DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____<br>CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____   |  |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) _____ PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____   |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b><br>NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____  |  |



## Exemplos de documentos:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCE<br>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS  |              |   |   |  |  |  |  |
|---|--------------|---|---|--|--|--|--|
| Paciente:   | 000          | / | / |  |  |  |  |
| CPF/CNPJ:   | Registro 000 |   |   |  |  |  |  |
| <p>1. Eu, estou de acordo e sou eu mesmo, de espontânea vontade, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para receber os tratamentos e demais procedimentos necessários</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> que <input type="checkbox"/> sou <input type="checkbox"/> informado <input type="checkbox"/> conforme informações que recebi em consulta médica prévia.</p> <p>2. Até <input type="checkbox"/> indicado <input type="checkbox"/> para <input type="checkbox"/> mim <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> seguirei <input type="checkbox"/> procedimento <input type="checkbox"/> eu <input type="checkbox"/> cirurgia</p>   |              |   |   |  |  |  |  |
| <p>No caso de envolver anestesia(s), especificar:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DIRTO <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> BLISTER</p> <p>3. Fui informado em linguagem clara e compreensível e estou ciente de que todo o intervenção médica e da equipe multidisciplinar e que serão susbjetos, apresenta riscos de resultados desfavoráveis, complicações, riscos temporários ou definitivos e até mesmo a morte, seja de causa conhecida ou imprevisível, que podem ser decorrentes tanto do tratamento em si, quanto das condições de saúde que eu posso apresentar. Além disso, também fui informado de que não é possível receber garantias quanto ao resultado da cura, e que devem ser fornecidas as condições de internação e apoio a alta hospitalar, mediante outras encargos que possam ser impostas que implicam em mudanças ou necessidades de tratamentos diferentes aqueles inicialmente propostos, e que podem, de forma certeira, exigir maior custo financeiro.</p> <p>4. Sou ciente dos principais riscos e complicações relacionados a intervenção(s) cirúrgica(s), independentemente do procedimento(s) a ser(em) realizado(s).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hemorragia e infecção</li> <li><input type="checkbox"/> Traumas na pele que podem se expandir para o pulmão</li> <li><input type="checkbox"/> Perda de sangue e sangue varônico</li> <li><input type="checkbox"/> Coagulação de sangue</li> <li><input type="checkbox"/> Derrame cerebral, convulsões</li> <li><input type="checkbox"/> Reações alérgicas aos medicamentos administrados</li> <li><input type="checkbox"/> Anestesia(s) e função respiratória afetada</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedade, depressão, alterações de consciência e de comportamento</li> <li><input type="checkbox"/> Alterações na sensibilidade e de força muscular, possivelmente ocorrendo horas após da cirurgia</li> <li><input type="checkbox"/> Fadiga, enjôos e vômitos, dor no corpo, infecção de ferida, infecção de órgãos em localizar no corpo, inchaço, dor de estômago, dor de dor no dia</li> <li><input type="checkbox"/> Infecções ou hemorragias no local operado</li> <li><input type="checkbox"/> Necessidade de novas cirurgias (reoperação)</li> <li><input type="checkbox"/> Morte</li> <li><input type="checkbox"/> Outras _____</li> </ul> <p>5. Fui informado de que existe a possibilidade, em decorrência de hemorragia ou efeitos colaterais a medicamentos, da necessidade de transfusão de sangue ou outros derivados do sangue (plasma, plaquetas, eritrócitos, etc.).</p> <p>6. Decido que estou bem informado e esclarecido sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os possíveis benefícios, riscos ou efeitos colaterais do tratamento proposto, incluindo problemas potenciais associados à anestesia.</li> <li>• Das alternativas científicas oferecidas ao tratamento proposto, dos possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionado a essas alternativas, incluindo a possibilidade de não terem nenhum resultado.</li> <li>• Que podem ser necessários registros fotográficos ou vídeos para documentar ou auxiliar na explicação do tratamento, ou que estes poderão ser utilizados com a finalidade exclusiva de estudo e pesquisa, desde que minha privacidade seja respeitada, conforme o Código de Ética Médica, Código de Ética de Informação e os demais direitos em outras profissões da área da saúde, as Resoluções 446/12 de 10/06/2012 da ANVISA, bem como os estudos com o Código Civil e Penal Brasileiros.</li> </ul> <p>7. Por isso, declaro e confirmo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em consulta médica prévia, se que não consegui nem tanta informação e nem razões, entendo todas as explicações que foram fornecidas pela equipe médica de forma clara e compreensível.</li> <li>• Que fui permitido que eu fosse fazer todas as perguntas e observações que considero pertinentes para entender e que poderá recorrer contigo em decorrência do tratamento proposto.</li> <li>• Que fui informado a mim e dirito de recorrer protocolarmente ao médico(a) que me realizou a cirurgia, e, qualquer momento, caso TCE entre que a(s) procedimento(s), nesse documento, se realize(m).</li> <li>• Atrevi-me a assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONFIRMANDO que estou satisfeito com as informações recebidas e ciente de todos os riscos e benefícios inerentes a esse tratamento.</li> <li>• Nos casos não mencionados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as referências institucionais descritas no item 1, anexo de sua equipe de atendimento, poderão tomar providências que julgar necessárias.</li> </ul> |              |   |   |  |  |  |  |
| <p><b>AUTORIZAÇÃO E CÍNICO</b></p> <p>Paciente:</p> <p>Responsável / Parentesco:</p> <p>Nome:</p> <p>Assinatura:</p> <p>Lugar/ Data:</p> <p><b>AUTORIZO O PROCEDIMENTO/ CIRURGIA DEACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.</b></p>  |              |   |   |  |  |  |  |
| <p><b>REVOCAÇÃO</b></p> <p>Paciente:</p> <p>Responsável / Parentesco:</p> <p>Nome:</p> <p>Assinatura:</p> <p>Lugar/ Data:</p> <p><b>REVOCO NESTA DATA QUALQUER AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO/ CIRURGIA PROPOSTO, RESPONSABILIZANDO-ME PELOS CONSEQUÊNCIAS.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fiz leitura de todos os riscos e possíveis complicações referidos no item 04 deste Termo de Consentimento.</p> <p><b>CONFERENCIA DO PACIENTE (informações e/ou reflexões) (caso necessário)</b></p> <p>Declaro ter fornecido todas as informações necessárias com meu entendimento do procedimento proposto ao paciente e considero o responsável pela assinatura desta TCE suficientemente capaz para compreender o que foi lhe informado.</p>  |              |   |   |  |  |  |  |
| <p>Assinatura: _____ de _____ de 20____</p>   |              |   |   |  |  |  |  |



## Exemplos de documentos:

### ESPELHO DA AIH

| MS-DATASUS<br>VERSÃO: 20.30               |                             | PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01 |                         |                         |                                    | PAG.: 1           |             |       |
|---|-----------------------------|--|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------|-------------|-------|
| O.E.:                                     | ESFERA : PRIVADO            | ESPELHO DA AIH   |                         | APRESENTAÇÃO: 09 / 2022 |                                    | DATA : 05/09/2022 |             |       |
| Num AIH :                                 | Situação : APURADA          | Tipo : 01-INICIAL                                      | Apresentação: 09/2022   |                         | Data Autorização: 17 / 08 / 2022   |                   |             |       |
| Especialidade : 01 - CIRURGICO            |                             | Órgão Emissor:   | CRC:                    |                         |                                    |                   |             |       |
| Doc autorizador :                         | Doc med resp :              | Doc diretor clínico :                                  | Doc médico solicitante: |                         |                                    |                   |             |       |
| CNES :                                    |                             |  | CNS:                    |                         |                                    |                   |             |       |
| Paciente :                                |                             |  | Prontuário:             |                         |                                    |                   |             |       |
| Data Nasc. :                              | Sexo :                      | Nacionalidade : 010 - BRASIL                           | Type: Identidade        |                         |                                    |                   | Doc         |       |
| Responsável pac. :                        |                             |  | Name da Mãe :           |                         |                                    |                   |             |       |
| Endereço :                                |                             |  | Raça/Cor:               |                         |                                    |                   |             |       |
| Município : 530010 - BRASILIA             | UF : DF CEP :               |  | Telefone                |                         |                                    |                   | Muda Proc.? |       |
| Procedimento solicitado :                 |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Procedimento principal :                  |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Diag. principal :                         |                             |  | Diag. secundário:       |                         |                                    |                   |             |       |
| Complementar :                            |                             |  | Causa Óbito:            |                         |                                    |                   |             |       |
| Caráter atendimento :                     |                             |  | Modalidade:             | HOSPITALAR              |                                    |                   |             |       |
| Data internação : 17 / 08 / 2022          | Data saída : 17 / 08 / 2022 | Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO                        |                         | AIH Anterior:           |                                    | AIH Posterior:    |             |       |
| Liberação SISAIH01 : Tempo de Permanência |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| [Causas Externas (Acidente ou Violência)] |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| CNPJ do Empregador : . . . / . . . . .    |                             |  |                         | CNAER: -                |                                    |                   |             |       |
| Vínculo Previdência :                     |                             |  |                         | CBOR: -                 |                                    |                   |             |       |
| <b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>           |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Linha Procedimento                        | Documento CBO               | CNES/CNPJ  | Apurar Valor p/ Qtde    | Cmpt.                   | Descrição                          |                   |             |       |
| 1 0406010706                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA    |                   |             |       |
| 2 0406010706                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA    |                   |             |       |
| 3 0406010706                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA    |                   |             |       |
| 4 0406010706                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA    |                   |             |       |
| 5 0702040150                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN |                   |             |       |
| 6 0702040460                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | PATCH ORGANICO (20 CM2)            |                   |             |       |
| 7 0406020590                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO     |                   |             |       |
| 8 0406020590                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO     |                   |             |       |
| 9 0406020590                              |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO     |                   |             |       |
| 10 0406020590                             |                             | 3276678  | 1                       | 08/2022                 | TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO     |                   |             |       |
| <b>DADOS DE OPM</b>                       |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Linha Nota Fiscal                         | CNPJ Fornecedor             | Lote   | Série                   | Reg. ANVISA             | CNPJ Fabricante                    |                   |             |       |
| 5 1                                       |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| 6 1                                       |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| <b>VALORES DA PRÉVIA</b>                  |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
|   |                             | Serviço Hospitalar                                     |                         | Serviço Profissional    |                                    |                   |             | TOTAL |
|   |                             | Direto   |                         | Direto                  |                                    | Rateado           |             |       |
|   |                             | Próprio  | Terceiro                | Próprio                 | Terceiro                           | Próprio           | Terceiro    |       |
|   |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
|   |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Total Geral:                              |                             |  |                         |                         |                                    |                   |             |       |
| Número de Nascidos                        |                             | Número de Saídas                                       |                         | Nº Pré-Natal:           |                                    |                   |             |       |
| Vivos : 0 Mortos : 0                      |                             | Altas : 0 Transf.: 0                                   |                         | Óbitos : 0              |                                    |                   |             |       |

'De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente'

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

# ● Termos técnicos e siglas

## Termos técnicos:

- \_ **Atenção Especializada:** nível de cuidado em saúde voltado para necessidades específicas ou complexas.
- \_ **Auditória:** processo de avaliação para verificar conformidades com padrões e normas.
- \_ **Contratualização:** processo formal de estabelecimento de contratos com prestadores de serviços de saúde.
- \_ **Credenciamento:** processo seletivo para habilitar instituições privadas a prestarem serviços ao SUS
- \_ **Indicador de Desempenho:** métrica usada para avaliar a efetividade e qualidade dos serviços prestados.
- \_ **Monitoramento:** acompanhamento contínuo da execução de ações e resultados esperados.
- \_ **Prestador:** instituição ou profissional que executa o serviço contratado pelo SUS.
- \_ **Regulação:** organização do acesso aos serviços de saúde conforme critérios técnicos e assistenciais.
- \_ **Termo de Adesão:** documento formal de aceite das condições do programa.
- \_ **Universalidade:** princípio do SUS que garante o acesso à saúde para todos.

## Siglas:

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CRDF - Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
- DODF - Diário Oficial do Distrito Federal
- MS - Ministério da Saúde
- NT - Nota Técnica
- OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
- PNAES - Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
- SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- SISREG - Sistema Nacional de Regulação
- SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# ● Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Institui a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União: Brasília, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 01/2022 – Critérios de Encaminhamento para Cirurgias Venosas. Brasília, DF: SES/DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 02/2020 – Cirurgia Geral – Cirurgias Eletivas. Brasília: SES/DF, 2020. Disponível em: BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Institui a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União: Brasília, 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS. Protocolo de Regulação de Cirurgia de Cabeça e PESCOÇO na rede SES-DF – condução clínica do paciente. Brasília, DF: SES-DF, 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS. Protocolo de Regulação de Cirurgias de Catarata na rede SES/DF. Brasília, DF: SES/DF, 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 05/2025 – coloproctologia. Brasília, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 03/2025 – cirurgia oftalmológica. Brasília, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 04/2025 – cirurgia vascular. Brasília, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS. Protocolo de Regulação de Cirurgias Eletivas em Coloproctologia/Proctologia na rede SES/DF. Brasília, DF: SES/DF, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 06/2025 – cirurgia de cabeça e pescoço. Brasilia, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 07/2025 – urologia. Brasília, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Edital de Credenciamento nº 08/2025 – cirurgia geral. Brasília, DF: SES/DF, 2025. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br>

Em caso de dúvidas:

**Ouvidoria da SES: ligue 162**  
**sauda.df.gov.br**

