



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 pactuação 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

● Oftalmologia

EDITAL Nº 03/2025

Pacote de Procedimentos:

FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE
INTRA-OCULAR DOBRÁVEL

• • **1_ OCl 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_ OCl 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.

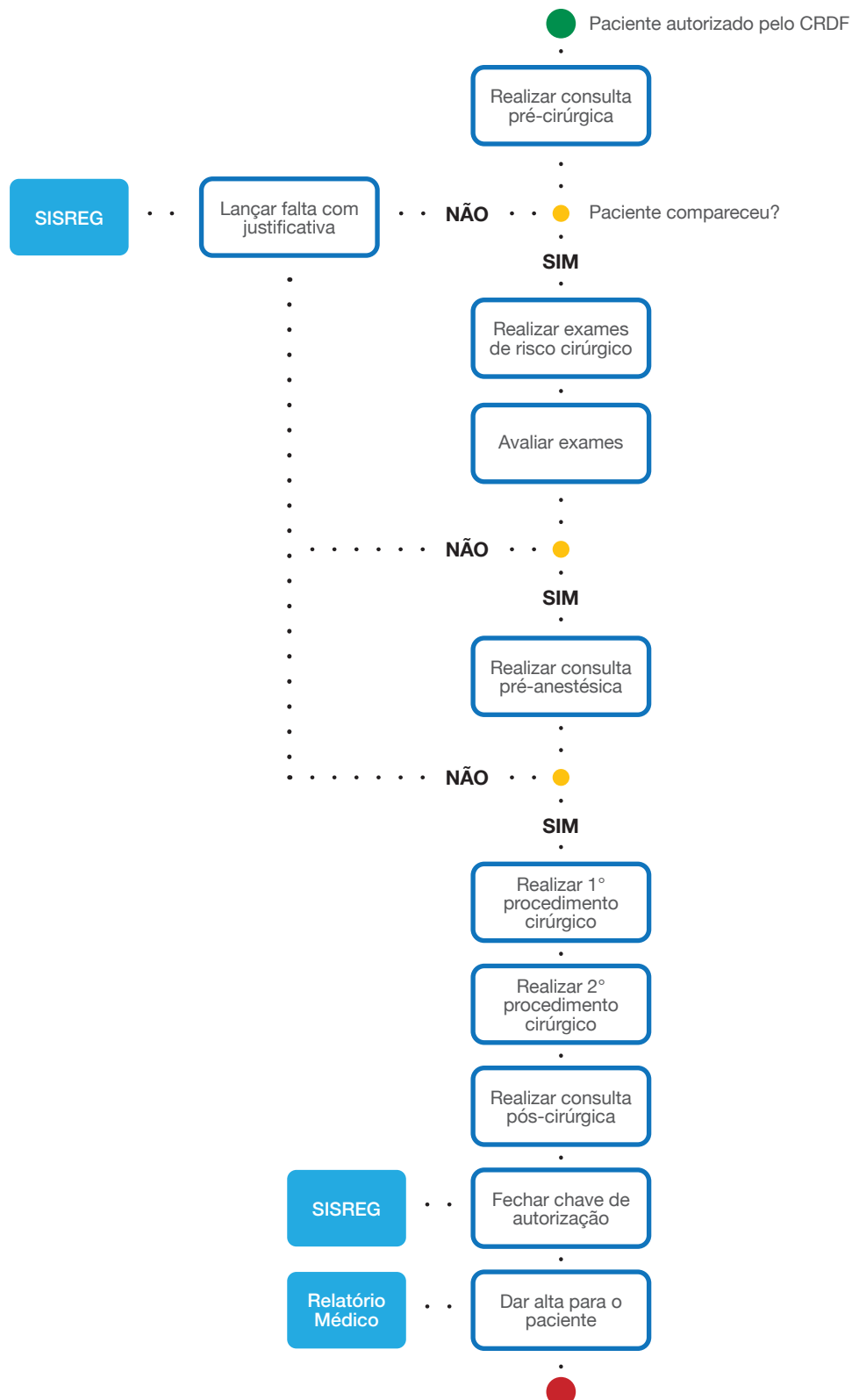
● Matriz de Priorização Oftalmologia

- _ 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 no melhor olho pior que 20/80 e até 20/200
- _ Pacientes com catarata congênita ou infantil maiores que 2 anos

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

Fluxo - OperaDF Oftalmologia



-
-
-
-

-
-
-
-

•

•

•

•

• • •

•
•
•
•
•

-
- • •

•

•

• • •

Havendo eventuais complicações cirúrgicas a contratada deverá realizar os procedimentos necessários para correção da complicação. Esses procedimentos deverão ser ressarcidos 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**, pediátricos 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

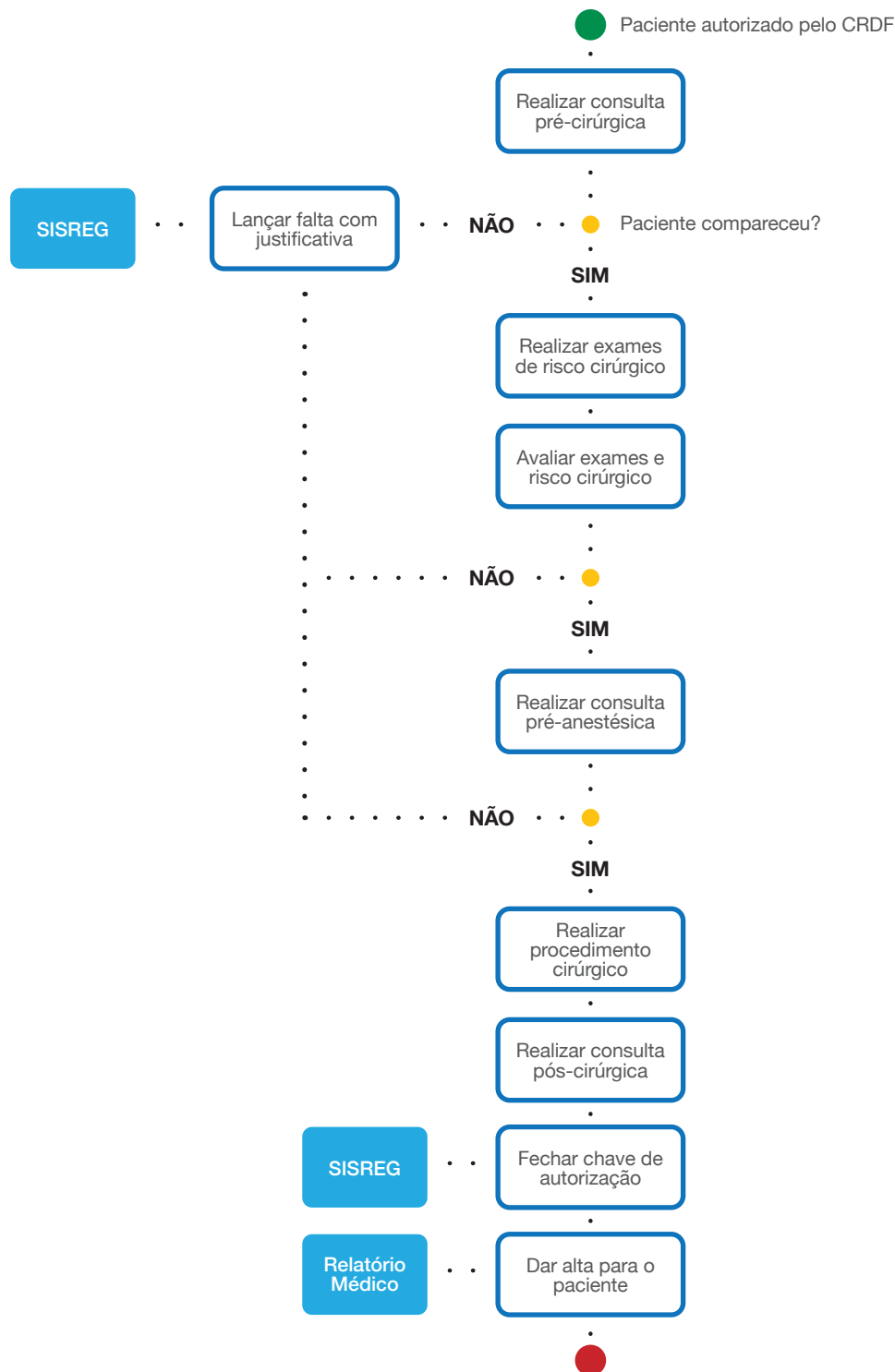
.. _ Paciente com doença venosa crônica por varizes com úlcera venosa ativa ou cicatrizada (CEAP C6, CEAP C5)

.. _ 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 Nº 05/2025

Pacote de Procedimentos:

FISTULECTOMIA/FISTULECTOMIA ANAL

• • • **1_ OCl 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_ OCl 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 afecções de intestino grosso, 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 (hemicolectomia) 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.

_ Amputação completa abdomino-perineal do reto, amputação por procidência de reto, colectomia parcial (hemicolectomia), colectomia total, colectomia videolaparoscópica, colostomia, eletrocauterização de lesão transparietal de ânus, enterectomia, enterotomia e/ou enterorrafia com sutura/resseção (qualquer segmento), excisão de lesão/tumor anu-retal, excisão de lesão intestinal/mesentérica localizada, fechamento de enterostomia (qualquer segmento), fechamento de fístula de cólon, fechamento de fístula de reto, jejunostomia/ileostomia, proctocolectomia total com reservatório ileal.

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

● Cabeça e Pescoço

EDITAL Nº 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

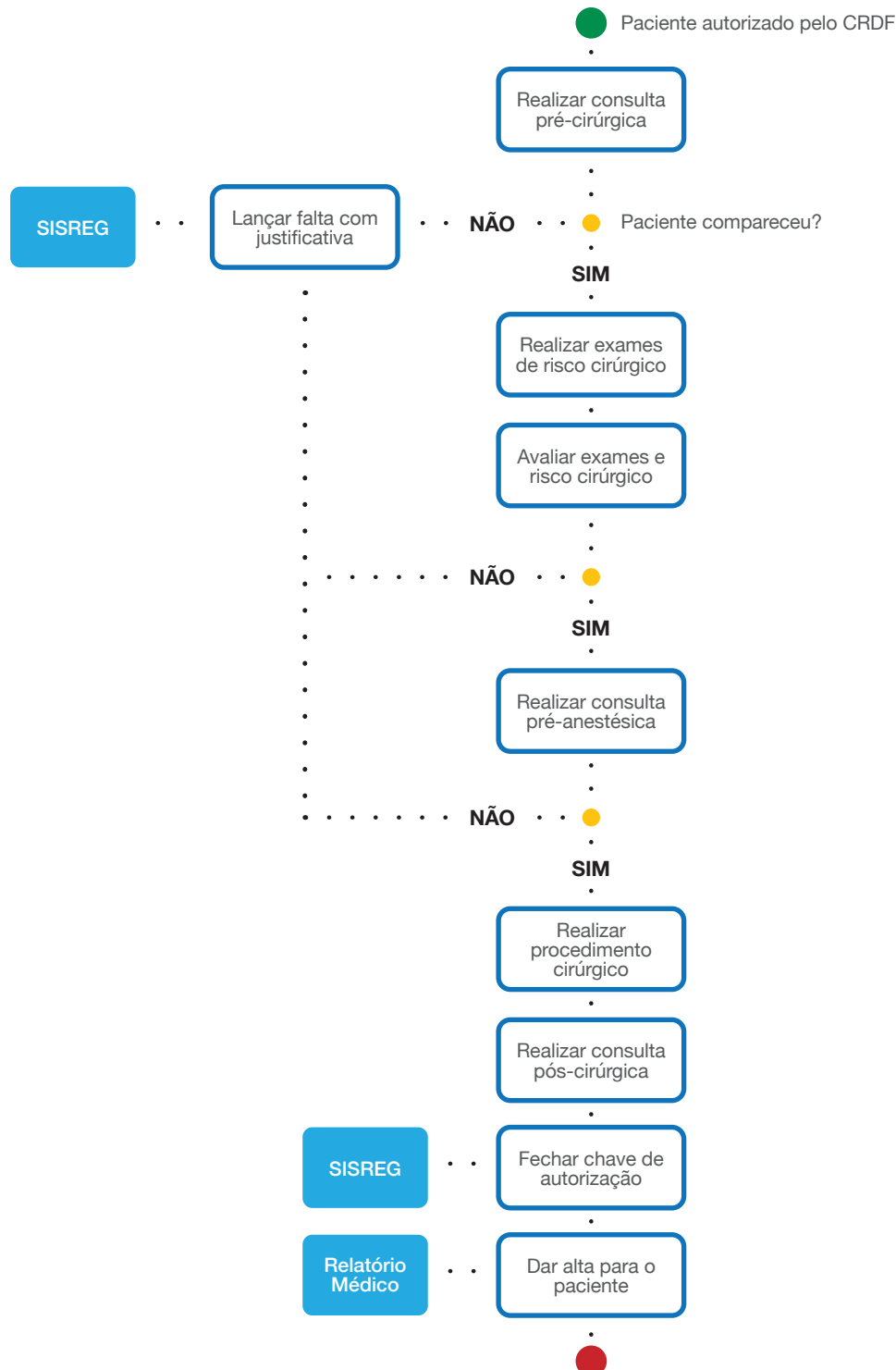
_ As cirurgias classificadas em VERMELHO são para situações muito específicas de urgência/emergência ou Resgate Cirúrgico, sendo sua indicação feita apenas por uma junta médica de especialistas

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

_ Nódulos tireoidianos Bethesda III maiores que 2 cm
_ Nódulos tireoidianos Bethesda IV
_ Bócios maiores que 100 cm³
_ 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 Nº 08/2025

Pacote de Procedimentos:

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

4_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)

1_ OCl 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_ OCl 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 (até 100cm²).

HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

4_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)

1_ OCl avaliação de risco cirúrgico:

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

- • **1_ Hernioplastia inguinal (bilateral)**
tela inorgânica de polipropileno com sistema duplo ou tela inorgânica de polipropileno pequena (até100cm²).

HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL)

- • **4_ Consultas (pré/pós cirúrgicas e anestésicas)**
- • • **1_ OCl avaliação de risco cirúrgico:**
consulta médica especializada, eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais para risco cirúrgico, consulta ou teleconsulta de retorno;
- • • **1_ Hernioplastia umbilical (unilateral)**
tela inorgânica de polipropileno com sistema duplo ou tela inorgânica de polipropileno pequena (até100cm²).

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 procedimentos de Colecistectomia Videolaparoscópica, Hernioplastia 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.

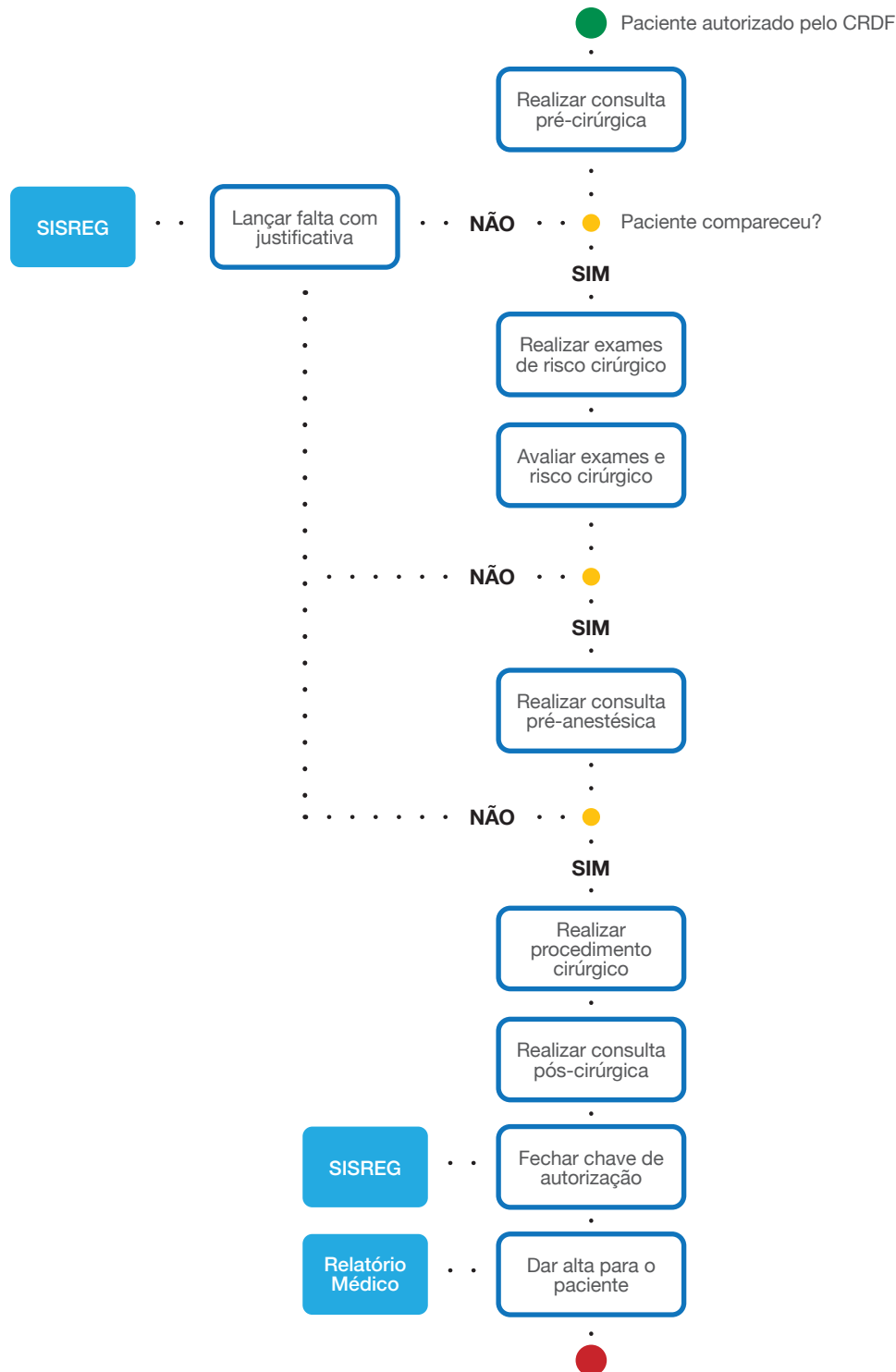
● Matriz de Priorização Cirurgia Geral

- _ 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;
- _ Megacólon, 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 péptica e suas complicações;
- _ Refluxo gastroesofágico;
- _ Divertículo de zenker
- _ Hérnia diafragmática
- _ Hérnia incisacional, femoral, inguinal, epigástrica e umbilical;
- _ Colecistopatia crônica calculosa;
- _ Tumores benignos de pele e anexos, cisto sebáceo e lipoma.

Fluxo - OperaDF Cirurgia Geral



● Urologia

EDITAL Nº 07/2025

Pacote de Procedimentos:

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

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

- • **1_ OCl 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_ OCl 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 vasectomia).**

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:

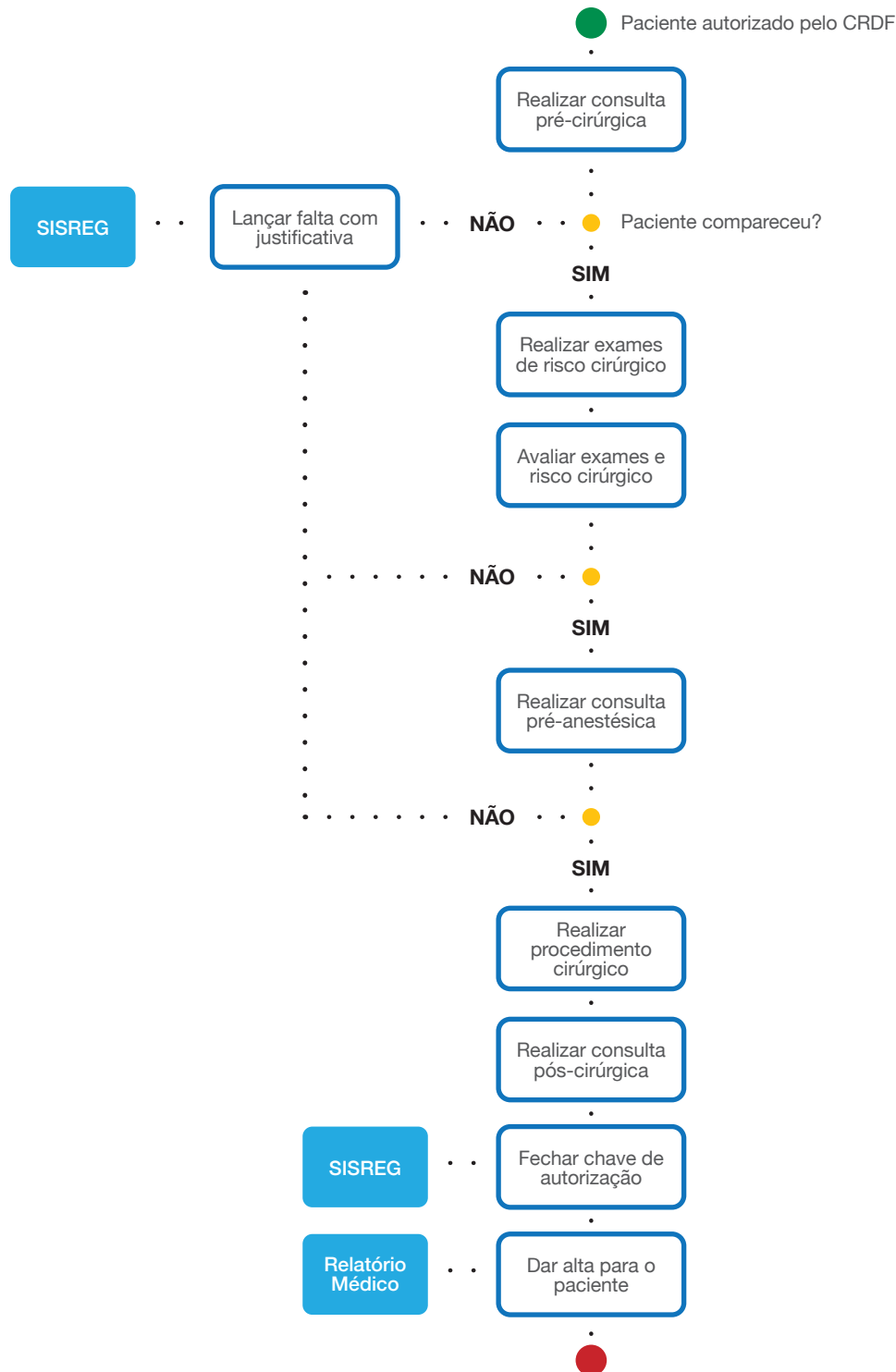
- _ Adultos;
- _ Que estejam regulados pelo Complexo de Regulador do DF;
- _ Inseridos na fila de regulação com CID relacionados à especialidade de urologia.

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
(campo editável)

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

● 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 ☒ Exibir procedimentos ☐ Exibir telefones
Tipo de ordenação: DATA/HORA DA MARCAÇÃO ☐ Inverter ordem
Resultados por página: 10

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 MARCAÇÃO
Resultados por página: 10

Mostrando Página 1 de 5 ▶

484485606	CNS: 703406988116600	Paciente:	Nascimento: 16/10/1991	Idade: 33	Origem: CIDADE OCIDENTAL - GO	Telefone(s): Exibir Lista
	Unidade Solicitante: HRAN (0010464)	Vaga Solicitada: 1ª VEZ	Vaga Consumida: RESERVA	CID-10: K80	Data/Hora: 15/09/2025 - SEG - 09:00	Chave: <input type="text"/> Justificativa

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 ☒ Exibir procedimentos ☐ Exibir telefones
Tipo de ordenação: DATA/HORA DA MARCAÇÃO ☐ Inverter ordem
Resultados por página: 10

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 MARCAÇÃO
Resultados por página: 10

Mostrando Página 1 de 5 ▶

484485606	CNS: 703406988116600	Paciente:	Nascimento: 16/10/1991	Idade: 33	Origem: CIDADE OCIDENTAL - GO	Telefone(s): Exibir Lista
	Unidade Solicitante: HRAN (0010464)	Vaga Solicitada: 1ª VEZ	Vaga Consumida: RESERVA	CID-10: K80	Data/Hora: 15/09/2025 - SEG - 09:00	Falta: <input type="checkbox"/> Exibir Histórico Justificativa

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 sanções**

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.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Paciente:	_____/_____/_____	Idade:	____/____/____	Sexo:	_____
PPA/RG:	Registro PPA: _____				

1. Eu estou de acordo e estou ciente, de espontânea vontade, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para receber os tratamentos e demais procedimentos necessários e que _____, conforme informações que recebi em entrevista médica prévia.

2. Não indicado para mim o seguinte procedimento ou cirurgia _____

3. No caso de envolver lateralidade, especificar:
[] DIRETO [] ESQUERDO [] BILATERAL

4. Já informado em linguagem clara e compreensível e estou ciente de que toda a intervenção médica e da equipe multidisciplinar a que serei submetido, apresenta riscos de resultados desfavoráveis, complicações, lesões temporárias ou definitivas e até mesmo a morte, seja de causa conhecida ou imprevisível, que podem ser documentados tanto no tratamento em si, quanto das condições de saúde que eu possa apresentar, além disso, também fui informado de que não é possível receber garantia quanto ao resultado ou à cura, e que durante as perdas de informação e após a alta hospitalar, poderão ocorrer complicações ou consequências inesperadas que impliquem em readmissão ou necessidade de tratamentos diferentes daqueles inicialmente propostos, e que pude, de forma satisfatória, esclarecer todas as minhas dúvidas.

5. Estou ciente dos principais riscos e complicações relacionados às intervenções cirúrgicas, independentemente do procedimento a ser realizado:

1. [] Hemorragias e infecções
2. [] Traumas nas pernas que podem se iniciar pela o punção
3. [] Perda/consumo de sangue
4. [] Queda de pressão arterial
5. [] Dor pós-operatória
6. [] Reações alérgicas aos medicamentos administrados
7. [] Alterações de função dos rins e intestino
8. [] Ansiedade, depressão, alteração da consciência e de comportamento
9. [] Alterações de sensibilidade e de força muscular, podendo também ocorrer perda de movimento
10. [] Dor, náuseas e vômitos, tontura pelo corpo, retenção na urina, retenção na digestão em relação ao corpo, inchaço, febre de origem infecciosa, além de outras não detalhadas.
11. [] Infecções ou hemorragias no local operado
12. [] Necessidade de nova cirurgia (reoperações)
13. [] Morte
14. [] Outros _____

6. Já informado de que existe a possibilidade, em decorrência de hemorragia ou efeito colateral a medicamento, da necessidade de transfusão de sangue ou outro derivado do sangue (plasma, plaquetas, albumina, etc.).

7. Deixo que estou bem informado e esclarecido sobre:

- Os possíveis benefícios, riscos ou efeitos colaterais do tratamento proposto, incluindo possíveis potenciais associados à anestesia;
- Das alternativas terapêuticas estabelecidas ao tratamento proposto, dos possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados a essas alternativas, incluindo a possibilidade de não receber nenhum tratamento;
- Que possivelmente serão necessários registros fotográficos do vídeo para documentar ou auxiliar na administração do tratamento, ou que estes poderão ser utilizados com a finalidade exclusiva de ensino e pesquisa, desde que minha privacidade seja respeitada, conforme o Código de Ética Médica, Código de Ética de Enfermagem e o demais artigos de outros profissionais da área de saúde, do Regulamento 442/12 do Ministério da Saúde, assim como de acordo com o Código Civil e Penal Brasileiro;

8. Por fim, declaro e confirmo que:

- Sou capaz médico plena, na qual não sougei nenhuma informação e nem coerção, sendo todos as explicações que foram fornecidos pela equipe médica de forma ampla e compreensiva;
- Que fui permitido que eu fizesse todas as perguntas e observações que considere pertinentes para entender e que poderá voltar corrigir em decorrência do tratamento proposto;
- Que fui relatado a mim o direito de revogar meu consentimento a qualquer momento, sem custos, e quaisquer momentos, antes ou depois do início do procedimento, sem que isso prejudique meus direitos legais.

9. Estou ciente deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, CONCORDO que estou satisfeito com as informações recebidas diante de todos os riscos e benefícios inerentes a esse tratamento.

10. Nos casos não mencionados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as referidas instituições ou clínicas, sob o item 1, servirá-se da equipe de saúde, poderá tomar as providências que julgar necessárias.

AUTORIZAÇÃO E CÂMBIO

Paciente: _____

Responsável / Parente(s): _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Lugar/Data: _____

TÍTULO DO PROCEDIMENTO/CIRURGIA DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

REVOCUÇÃO

Paciente: _____

Responsável / Parente(s): _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Lugar/Data: _____

DECLARAÇÃO DE QUE QUALQUER AUTORIZAÇÃO PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO, RESPONSABILIZANDO-ME PELAS CONSEQUÊNCIAS.

[] Tenho ciência de todos os riscos e possíveis complicações referidos no item 04 deste Termo de Consentimento.

(assinatura(s) do paciente e/ou responsável(s) autorizado(s))

Declaro ter fornecido todas as informações necessárias com pleno entendimento do procedimento proposto ao paciente e considero-me responsável por assinatura deste TCLE devidamente datado para compreender o que foi me foi esclarecido.

Brasília, ____ de ____ de 20__



Exemplos de documentos:

ESPELHO DA AIH

MS-DATASUS
VERSÃO: 20.30

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1
DATA: 05/08/2022

O.E.: ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 09/2022

Num AIH: Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2022 Data Autorização: 17/08/2022

Especialidade: 01 - CIRURGICO
Doc autorizador: Doc med resp: Doc diretor clínico: CRC:
CNS: Doc médico solíc: CNS:
Paciente: Prontuário: Doc
Data Nasc.: Sexo: Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo: Identidade
Responsável pac.: Nome da Mãe: Raça/Cor: Etnia: Muda Proc.?:
Endereço: Telefone:
Município: 530010 - BRASIL UF: DF CEP:
Procedimento solicitado:
Procedimento principal:
Diag. principal: Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 17/08/2022 Data saída: 17/08/2022 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: Tempo de Permanência AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vínculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde	Cmp	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

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
5	1					
6	1					

VALORES DA PREVIA

	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.
- _ **Auditoria:** 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. 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 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

saude.df.gov.br

