

**ANEXO I**  
**FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR**  
**NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE**  
**CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA**

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)  
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:

CNPJ: \_\_\_\_\_  
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Tipos de Assistência:

- ( ) Ambulatorial  
( ) Internação  
( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo I:

- 1) Cobertura populacional:  
a) ( ) até 200 mil habitantes  
b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes  
c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

- a) ( ) Sim ( ) Não  
3) É porta de entrada de Urgência da RUE:  
a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

- a) ( ) Sim ( ) Não  
5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): \_\_\_\_\_ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatório, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

- ( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

- a) ( ) Pediatra  
b) ( ) Clínico geral  
c) ( ) Ortopedista  
d) ( ) Anestesiologista  
e) ( ) Cirurgião geral

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

- ( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

- a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos de retaguarda para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

14) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

- a) ( ) Sim ( ) Não

15) Raio X 24 horas por dia:

- a) ( ) Sim ( ) Não

16) Ultrassonografia 24 horas por dia:

- a) ( ) Sim ( ) Não

17) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

- a) ( ) Sim ( ) Não

18) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

- a) ( ) Sim ( ) Não

19) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

- a) ( ) Sim ( ) Não

20) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

- a) ( ) Sim ( ) Não

21) Garante acompanhamento ambulatório aos pacientes atendidos:

- a) ( ) Sim ( ) Não

22) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

- a) ( ) Sim ( ) Não

23) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

- a) ( ) Sim ( ) Não

24) Possui Alvará de Funcionamento:

- a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:**

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

- ( ) Sim ( ) Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal \_\_\_\_\_

Gestor Estadual \_\_\_\_\_

**ANEXO II**

**FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR**  
**NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE**  
**CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA**

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)  
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:

CNPJ: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRETOR TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Tipos de Assistência:

- ( ) Ambulatorial  
( ) Internação  
( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo II:

- 1) Cobertura populacional:  
a) ( ) até 200 mil habitantes  
b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes  
c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

- a) ( ) Sim ( ) Não  
3) É porta de entrada de Urgência da RUE:  
a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

- a) ( ) Sim ( ) Não  
5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): \_\_\_\_\_ leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatório, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

- ( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

- a) ( ) Pediatra  
b) ( ) Clínico geral  
c) ( ) Ortopedista  
d) ( ) Anestesiologista  
e) ( ) Cirurgião geral  
f) ( ) Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

- a) ( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

- a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

- a) ( ) Sim ( ) Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançável:

- a) ( ) Neurocirurgião  
b) ( ) Ortopedista  
c) ( ) Cirurgião vascular  
d) ( ) Cirurgião plástico  
e) ( ) Cirurgião pediátrico  
f) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial  
g) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial  
h) ( ) Cirurgião torácico

i) ( ) Ginecologista  
j) ( ) Obstetra  
k) ( ) Clínico geral  
l) ( ) Pediatra  
m) ( ) Oftalmologista  
15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
16) Raio X 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
17) Ultrassonografia 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
18) Tomografia computadorizada (própria ou disponível) 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
19) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
20) Equipe multiprofissional:  
a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não  
b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não  
c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não  
d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não  
e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não  
21) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;  
( ) Sim ( ) Não  
22) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
23) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
24) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
25) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
26) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos caso de maior complexidade:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
27) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
28) Possui Alvará de Funcionamento:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:**  
\_\_\_\_\_

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).  
( ) Sim ( ) Não  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:**  
Gestor \_\_\_\_\_ Municipal  
Gestor Estadual \_\_\_\_\_

### ANEXO III

**FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR  
NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA**  
(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)  
(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)  
NOME DA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA): \_\_\_\_\_  
( ) Federal? ( ) Estadual? ( ) Municipal? ( ) Filantrópico? ( ) Privado  
ENDERE- \_\_\_\_\_  
CO: \_\_\_\_\_ MUNICÍ- \_\_\_\_\_  
PIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_  
FAX: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
DIRETOR \_\_\_\_\_ TÉCNICO: \_\_\_\_\_  
Tipos de Assistência:  
( ) Ambulatorial  
( ) Internação  
( ) Urgência/Emergência de porta aberta  
O Centro de Trauma tipo III:  
1) Cobertura populacional:  
a) ( ) até 200 mil habitantes  
b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes  
c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes  
2) Participa da RUE:  
( ) Sim ( ) Não  
3) É porta de entrada de Urgência da RUE:  
( ) Sim ( ) Não  
4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:  
( ) Sim ( ) Não  
5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): \_\_\_\_\_ leitos  
6) Registro das Informações do Paciente: Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.  
a) ( ) Sim ( ) Não  
7) Equipe médica:  
a) ( ) Pediatra  
b) ( ) Clínico geral  
c) ( ) Ortopedista  
d) ( ) Anestesiologista  
e) ( ) Cirurgião geral  
f) ( ) Neurocirurgião  
8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;  
a) ( ) Sim ( ) Não  
9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
13) Leitos de UTI para paciente com trauma:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
14) Equipe médica e de odontologia alcançável:  
a) ( ) Cirurgião vascular  
b) ( ) Cirurgião plástico  
c) ( ) Cirurgião pediátrico  
d) ( ) Cirurgião de mão  
e) ( ) Otorrinolaringologista  
f) ( ) Oftalmologista  
g) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial  
h) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial  
i) ( ) Urologista  
j) ( ) Cirurgião torácico  
k) ( ) Endoscopista  
l) ( ) Ginecologista  
m) ( ) Obstetra  
n) ( ) Clínico geral  
o) ( ) Pediatra  
p) ( ) Nefrologista  
q) ( ) Ortopedista  
r) ( ) Neurocirurgião  
15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:  
a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
17) Ultrassonografia 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
18) Tomografia computadorizada 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
19) Radiologia vascular intervencionista (própria ou disponível) 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
20) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
21) Equipe multiprofissional:  
a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não  
b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não  
c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não  
d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não  
e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não  
22) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;  
a) ( ) Sim ( ) Não  
23) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
24) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
25) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);  
a) ( ) Sim ( ) Não  
26) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
27) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos caso de maior complexidade:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
28) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:  
a) ( ) Sim ( ) Não  
29) Possui Alvará de Funcionamento:  
a) ( ) Sim ( ) Não Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:**  
\_\_\_\_\_

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).  
( ) Sim ( ) Não  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:**  
Gestor Municipal \_\_\_\_\_  
Gestor Estadual \_\_\_\_\_

### ANEXO I

**MODELO  
TERMO DE COMPROMISSO**  
Conforme disposto no art. 20 da Portaria nº XX/GM/MS, de XX de junho de 2013, a Secretaria de Saúde do Município de \_\_\_\_\_ ou a Secretaria de Saúde do Estado de \_\_\_\_\_ do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:  
a. Tomografia computadorizada;  
b. Radiologia vascular intervencionista;  
c. Ressonância magnética;  
d. Laboratório clínico;  
e. Serviço de hemoterapia; e  
f. Serviço de reabilitação.  
Por ser verdade, firmo o presente.  
\_\_\_\_\_  
(Nome Completo)  
\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/carimbo)  
CIDADE - UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

### ANEXO V

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA
0303040084	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MÉDIO)
0303040106	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE
0308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
0308010027	TRATAMENTO DE EFEITOS DE ASFIXIA / OUTROS RISCOS A RESPIRAÇÃO
0308010035	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS C/ LESÃO DE ÓRGÃO INTRA-TORÁCICO E INTRA-ABDOMINAL
0308010043	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO
0308020022	TRATAMENTO DE EFEITOS DO CONTATO C/ ANIMAIS E PLANTAS VENENOSAS
0308020030	TRATAMENTO DE INTOXICAÇÃO OU ENVENENAMENTO POR EXPOSIÇÃO A MEDICA
0308030010	TRATAMENTO DE EFEITOS DA PENETRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM ORIFÍCIO

0308030028	TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
0308030036	TRATAMENTO DE QUEIMADURAS, CORROSOES E GELADURAS
0401020029	ENXERTO Dermo-EPIDERMICO
0401020037	ENXERTO LIVRE DE PELE
0401020053	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO
0401020126	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL
0401020134	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL
0403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
0403010039	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR
0403010063	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO
0403010268	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO
0403010276	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL
0403010284	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL
0403010306	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO
0403010314	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
0403010349	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC
0404010202	LARINGORRAFIA
0404020313	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE
0404020429	TRATAMENTO CIRURGICO DO SOALHO DA ORBITA
0404020496	OSTEOSSINTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CONDILLO MANDIBULAR

0404020500	OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA
0404020518	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA
0404020526	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR
0404020534	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL
0404020542	REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ
0404020550	OSTEOSSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA
0404020585	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSINTESE.
0404020593	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSINTESE
0404020607	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSINTESE.
0404020666	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSINTESE
0404020704	OSTEOSSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO
0404020720	OSTEOSSINTESE DE FRATURA BILATERAL DO CONDÍLO MANDIBULAR
0405010176	SUTURA DE PALPEBRAS
0405030096	SUTURA DE ESCLERA
0406010102	CARDIORRAFIA
0406010110	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO
0406010960	TRATAMENTO DE CONTUSAO MIOCÁRDICA
0406010978	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDÍACO PERFURO-CORTANTE
0406020493	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DA REGIAO CERVICAL
0406020507	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL
0406020515	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL
0406020523	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL
0406020531	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL
0406020540	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DO ABDOMEN
0406040273	OCLUSAO PERCUTANEA ENDOVASCULAR DE ARTERIA / VEIA
0407010092	ESOFAGORRAFIA CERVICAL
0407010106	ESOFAGORRAFIA TORÁCICA
0407010190	GASTRORRAFIA
0407010211	GASTROSTOMIA
0407020063	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)
0407020098	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL
0407020101	COLOSTOMIA
0407020179	ENTERECTOMIA
0407020187	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)
0407020209	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)
0407020306	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA
0407030123	ESPLENECTOMIA
0407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL
0407030140	HEPATORRAFIA
0407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES
0408010070	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL
0408010169	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA
0408010177	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA
0408010193	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA
0408010207	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNOCLAVICULAR
0408020016	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MAO E PUNHO
0408020024	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS SUPERIORES
0408020334	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO
0408020385	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMERO
0408020393	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO
0408020547	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO
0408030534	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)
0408030542	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (ATE 2 SEGMENTOS)
0408030607	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR
0408040106	DESARTICULACAO DA COXO-FEMORAL
0408040190	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMÁTICA / POS-ARTROPLASTIA
0408040246	TRATAMENTO CIRURGICO COM AVULSAO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILIACA S/ LESAO DO ANEL PELVICO
0408040254	TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO
0408040262	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO ANTERO/POSTERIOR
0408040270	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COCCIX
0408040297	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO
0408040335	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMÁTICA / POS-ARTROPLASTIA
0408050012	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES
0408050020	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO
0408050080	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES
0408050233	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR
0408050420	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES
0408050489	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)
0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
0408050519	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
0408050543	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL
0408050551	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
0408050586	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDÍLOS DO FEMUR
0408050594	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA AO NIVEL DO JOELHO
0408050616	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
0408050624	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)
0408050632	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
0408050683	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO JOELHO
0408050691	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA

0408050705	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO SUBTALAR E INTRA-TARSICA
0408050713	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA
0408060042	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO
0408060174	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
0408060450	TENOMIORRAFIA
0408060638	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA
0409010022	CISTECTOMIA PARCIAL
0409010030	CISTECTOMIA TOTAL
0409010065	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA
0409010081	CISTORRAFIA
0409010090	CISTOSTOMIA
0409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL
0409010219	NEFRECTOMIA TOTAL
0409010251	NEFROPIELOSTOMIA
0409010260	NEFRORRAFIA
0409010332	PIELOSTOMIA
0409010588	URETEROSTOMIA CUTANEA
0409020150	URETRORRAFIA
0409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL
0409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL
0409040185	REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO
0409050016	AMPUTACAO DE PENIS
0409050091	REIMPLANTE DE PENIS
0409070076	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA
0409070092	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA
0409070130	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA
0412030080	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)
0412040085	REDUÇAO CIRURGICA DE FRATURA DE COSTELA
0412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA
0412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA
0412040204	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL
0412050080	PNEUMORRAFIA
0413010015	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO
0413040178	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
0413040240	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO
0415040035	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA TECIDOS DESVITALIZADOS
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO