

PORTARIA Nº 223, DE 22 DE JUNHO DE 2001

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS nº 822, de 06 junho de 2001, que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal,

Considerando a necessidade de ampliar procedimentos no âmbito ambulatorial que visam detectar precocemente patologias congênitas passíveis de serem diagnosticadas no recém-nascido, e

Considerando que o diagnóstico precoce das patologias congênitas possibilita o início de terapias em tempo de evitar maiores complicações, proporcionando melhor qualidade de vida e melhor relação custo/benefício para os pacientes acometidos destas patologias, resolve:

Art. 1º - Incluir nas Tabelas de Serviço e Classificação de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS os seguintes códigos.

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO DESCRIÇÃO

29 - Serviço de referência em triagem neonatal- SRTN

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇO

CÓDIGO DESCRIÇÃO

040	Unidade com serviço próprio dispo-ndo de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos, acompanhamentos e tratamentos aos recém-nascidos com diagnóstico das patologias fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito detectadas em laboratório próprio ou terceirizado capacitados de acordo com as normas estabelecidas no Programa Nacional de Triagem Neonatal
041	Unidade com serviço próprio dispo-ndo de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos, acompanhamentos e tratamentos aos recém-nascidos triados nas patologias fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, detectadas em laboratório próprio ou terceirizado capacitados de acordo com as normas estabelecidas no Programa Nacional de Triagem Neonatal
042	Unidade com serviço próprio dispo-ndo de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos, acompanhamentos e tratamentos aos recém-nascidos com diagnósticos nas patologias fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística detectadas em laboratório próprio ou terceirizado capacitados de acordo com as normas estabelecidas no Programa Nacional de Triagem Neonatal

Art. 2º - Manter a exclusão e inclusões dos procedimentos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 822, de 06 junho de 2001, conforme as descrições constantes do Art. 3º, 4º, 5º e 6º desta Portaria.

Art. 3º - Excluir do Grupo 11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA, da Tabela do SIA/SUS o procedimento de código 11.052.11-2 - Teste de Triagem Neonatal (TSH e Fenilalanina).

Art. 4º - Incluir no Grupo 07.000.00-6 - PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS, OUTROS DE NÍVEL SUPERIOR E DE NÍVEL MÉDIO, o procedimento abaixo relacionado:

07.051.03-4 - COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL

Consiste no ato realizado por profissional de saúde treinado em serviço de referência para coletar amostras de sangue por meio da punção no calcanhar do recém-nascido, preferencialmente entre o 2º e sétimo dia de vida; não podendo ultrapassar o 30º dia. Estas amostras devem ser colocadas em papel filtro padronizado e serem devidamente armazenadas para transporte.

Nível de Hierarquia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	00/000
Atividade Profissional	01, 64, 66, 69, 76, 79, 80, 84, 90, 91, 92, 93
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50
Valor do Procedimento	RS 0,50

Art. 5º - Incluir no Grupo 11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA, os Subgrupos 11.200.00-6 - TRIAGEM NEONATAL e 11.210.00-1 - EXAMES COMPLEMENTARES À TRIAGEM NEONATAL conforme as especificações dos procedimentos abaixo relacionados.

11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA	
11.200.00-6 - TRIAGEM NEONATAL	
11.201.00-2 - TRIAGEM NEONATAL PARA DETECÇÃO DE FENILCETONÚRIA, HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO	
11.201.01-0 - DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH (ou T ₄)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/040, 29/041, 29/042

Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50
Valor do Procedimento	RS 11,00

11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA	
11.200.00-6 - TRIAGEM NEONATAL	
11.202.00-9 - TRIAGEM NEONATAL PARA DETECÇÃO DE FENILCETONÚRIA, HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO, DOENÇAS FALCIFORMES E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS	
11.202.01-7 - DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH (ou T ₄) E DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/041, 29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50
Valor do Procedimento	RS 19,00

11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA	
11.200.00-6 - TRIAGEM NEONATAL	
11.203.00-5 - TRIAGEM NEONATAL PARA DETECÇÃO DE FIBROSE CÍSTICA	
11.203.01-3 - DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	20/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50
Valor do Procedimento	RS 5,00

11.000.00-7 - PATOLOGIA CLÍNICA	
11.210.00-1 - EXAMES COMPLEMENTARES À TRIAGEM NEONATAL	
11.211.00-8 EXAMES CONFIRMATÓRIOS/DIAGNÓSTICO TARDIO/CONTROLE	
11.211.01-6 - DOSAGEM DA FENILALANINA (Controle/Diagnóstico tardio)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/040, 29/041, 29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
Valor do Procedimento	RS 5,00

11.211.02-4 - DOSAGEM DE TSH E T ₄ livre (Controle de diagnóstico tardio)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/040, 29/041, 29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
Valor do procedimento	RS 12,00

11.211.03-2 - DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (Diagnóstico tardio)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/041, 29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
Valor do Procedimento	RS 8,00

11.211.04-0 - DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO DAS HEMOGLOBINOPATIAS (confirmatório)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/041, 29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	D56.0, D56.1, D56.3, D56.4, D56.8, D57.0, D57.1, D57.2, D57.3, D57.8
Valor do Procedimento	RS 60,00

11.211.05-9 - DETECÇÃO MOLECULAR PARA FIBROSE CÍSTICA (confirmatório)	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/042
Atividade Profissional	35, 66
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	E84
Valor do Procedimento	RS 60,00

Art. 6º - Incluir no Grupo 38.000.00-0 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES, os procedimentos abaixo relacionados:

38.071.01-0 ACOMPANHAMENTO EM SRTN DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE FENILCETONÚRIA (4 vezes ao ano, trimestralmente)	
Consiste na assistência integral e simultânea desenvolvida por equipe multiprofissional incluindo orientações clínicas, de risco de recorrência e socioeconômicas aos pacientes com diagnóstico de fenilcetonúria.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/040, 29/041, 29/042
Atividade Profissional	02, 03, 36, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
CID 10	E70.0
Valor do Procedimento	RS 25,00

38.071.02-9 ACOMPANHAMENTO EM SRTN DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPOTIREOIDISMO CONGÊNITO (4 vezes ao ano, trimestralmente)	
Consiste na assistência integral e simultânea desenvolvida por equipe multiprofissional incluindo orientações clínicas, de risco de recorrência e socioeconômicas aos pacientes com diagnóstico de hipotireoidismo congênito.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/040, 29/041, 29/042
Atividade Profissional	02, 19, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
CID 10	E03.0, E03.1
Valor do Procedimento	RS 25,00

38.071.03-7 ACOMPANHAMENTO EM SRTN DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS FALCIFORMES E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS (1 vez ao ano)	
Consiste na avaliação inicial e acompanhamento anual desenvolvido por equipe multiprofissional incluindo orientações clínicas, de risco de recorrência e socioeconômicas aos pacientes com diagnóstico de doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.	
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	29/041, 29/042
Atividade Profissional	02, 36, 62
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00