



DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.042, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

Aprova as normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar para os Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB-SUS/MG, no uso de suas atribuições que lhe conferem o art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 32 do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde;
- a Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014, que dispõe sobre as normas gerais do processo de prestação de contas dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde
- FES nos termos do Decreto Estadual nº 45.468/2010;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.849, de 05 de dezembro de 2018, que aprova a programação da Saúde Bucal, para os componentes Deformidade Crânio Facial e Odontologia Hospitalar, na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG) e dá outras providências;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.953, de 18 de junho de 2019, que altera o art. 2º e os Anexos I e III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.849, de 05 de dezembro de 2018, da linha de cuidado da Saúde Bucal na Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais (PPI/MG);
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.857, de 05 de dezembro de 2018, que aprova a pactuação, a reprogramação, os parâmetros, a carteira de SADT, as regras de transição e as linhas gerais do encontro de contas para a Média Complexidade Hospitalar na PPI Assistencial/MG e dá outras providências;
- a Resolução CES/MG nº 016, de 12 de dezembro de 2016, que dispõe sobre aprovação do Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2016-2019;
- a necessidade de garantir à população o acesso integral às ações de Saúde Bucal;
- a necessidade de ampliar o acesso aos usuários com deformidade crânio facial;
- a necessidade de qualificação dos dados disponibilizados nos sistemas de informação do SUS como fonte para monitoramento e avaliação dos serviços;
- a aprovação da CIB-SUS/MG em sua 258ª Reunião Ordinária, ocorrida em 13 de novembro de 2019.

DELIBERA:

Art. 1º - Aprovar normas gerais para adesão, execução acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar para os Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais, nos termos do Anexo Único desta Deliberação.

Art. 2º - Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2019.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E
COORDENADOR DA CIB-SUS/MG**

ANEXO ÚNICO DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.042, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br/cib).



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

Estabelece normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar aos Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.042, de 13 de novembro de 2019, que aprova as normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar para os Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais.



RESOLVE:

Art. 1º – Estabelecer normas gerais para adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar aos Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial no Estado de Minas Gerais.

CAPÍTULO I
DO INCENTIVO FINANCEIRO

Art. 2º – O incentivo financeiro de que trata esta Resolução perfaz R\$ 1.697.126,70 (um milhão, seiscentos e noventa e sete mil, cento vinte seis reais e setenta centavos), que ocorrerá por conta das Dotações Orçamentárias nº 4291.10.302.179.4225.0001 - 334141 - 10.1 e 4291.10.302.179.4225.0001 - 444142 - 10.1, sendo:

I – R\$ 1.337.126,70 (um milhão trezentos e trinta e sete mil cento e vinte seis reais e setenta centavos) de recurso de custeio; e

II – R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) de recurso de investimento repassados, anualmente, aos Municípios-sede dos serviços de assistência à Deformidade Crânio Facial, de acordo com o desempenho alcançado pelo hospital, conforme metodologia estabelecida no Anexo I desta Resolução.

Art. 3º – Os Municípios sede dos Serviços de Assistência à Deformidade Crânio facial deverão firmar Termo de Compromisso com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), a partir da data que a SES/MG disponibilizar o referido Termo no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES).

Art. 4º - O recebimento do incentivo financeiro que trata o inciso I do Art. 2º ocorrerá conforme cumprimento da meta referentes aos indicadores 1, 2 e 3, dispostos no Anexo I desta Resolução.

CAPÍTULO II
DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO

Art. 5º – O Núcleo de Qualidade da Assistência para Odontologia Hospitalar consiste em colegiado formado por cirurgião(ões) dentista(s) composto por:



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

- I – 1 (um) representante do hospital;
- II – 1 (um) representante da Unidade Regional de Saúde; e
- III – 1 (um) representante do Município-sede do serviço de assistência odontológica hospitalar.

§ 1º – A criação do Núcleo de Qualidade de que trata o *caput* deste artigo deverá ser formalizada em até 60 (sessenta) dias, a contar da data de assinatura do Termo de Compromisso, com início imediato das atividades, cuja comprovação deverá ser feita no mesmo prazo, por meio de ofício, enviado à Coordenação Estadual de Saúde Bucal, conforme modelo disposto no Anexo II desta Resolução.

§ 2º – A manutenção do Núcleo de Qualidade deverá ser comprovada nos meses de monitoramento, por meio do envio de documentos comprobatórios das ações de organização, qualificação e educação permanente realizadas com os Municípios de referência.

§ 3º – Deverão ser realizadas as seguintes ações pelo Núcleo de Qualidade:

- I – ações de melhorias voltadas à qualificação da oferta do serviço;
- II – articulação entre as unidades de referência;
- III – monitoramento do tempo de espera para o atendimento;
- IV – elaboração e implantação de protocolos clínicos;
- V – acompanhamento do cuidado; e
- VI – realização de ações de educação permanente.

§ 4º – As ações de educação permanente a serem realizadas pelo Núcleo de Qualidade devem ocorrer anualmente, com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, Centros Estaduais de Atenção Especializada – CEAE – e Centros de Medicina Fetal do Estado de Minas Gerais, sobre o tema Deformidade Crânio facial.

Art. 6º – O Indicador 2 consiste na realização dos procedimentos hospitalares e cirúrgicos aos usuários com Deformidades Crânio Faciais, de 0 a 24 meses de idade, descritos no Anexo III desta Resolução.

Art. 7º – O Indicador 3 consiste na realização dos procedimentos ambulatoriais da carteira de média complexidade, descritos no Anexo IV desta Resolução.



CAPÍTULO III

DO PROCESSO DE MONITORAMENTO E PAGAMENTO

Art. 8º – O monitoramento dos indicadores do incentivo financeiro de que trata esta Resolução ocorrerá anualmente, conforme informações descritas no Anexo I desta Resolução.

Art. 9º – Os recursos financeiros de que trata esta Resolução serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde do Município donde se localiza o Serviço, conforme faixa de produção enquadrada para os indicadores 2 e 3.

§ 1º – Farão jus aos recursos financeiros dos indicadores 2 e 3 os Municípios que cumprirem as metas do indicador 1.

§ 2º – Os procedimentos referentes ao indicador 3 devem ser lançados no BPA individualizado.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 – O incentivo financeiro de que trata esta Resolução será repassado ao Fundo Municipal de Saúde do Município sede do serviço de Assistência à Deformidade Crânio Facial.

Art. 11 – Os procedimentos que deverão ser ofertados pelos Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial estão descritos nos Anexos III e IV desta Resolução.

Art. 12 – Anualmente, os beneficiários do incentivo financeiro previsto nesta Resolução deverão inserir e validar os dados referentes à prestação de contas relativas ao ano anterior no Sistema informatizado disponibilizado pela SES, em conformidade com o Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, e Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014, ou com Regulamento (s) que vier(em) a substituí-lo(s).

§ 1º – Os Beneficiários devem manter arquivados conforme preconiza o art. 25 do Decreto Estadual n.º 45.468/2010 os seguintes documentos que comprovam a utilização e gestão dos recursos públicos repassados pelo FES:

I – cópia do protocolo de entrega do processo digital de acompanhamento, controle e avaliação;

II – comprovante da contabilização dos recursos recebidos pelo município, órgão ou entidade beneficiada;



- III – nota de empenho do órgão/entidade/município beneficiado, se for o caso;
- IV – balancete financeiro;
- V – relação de pagamentos efetuados;
- VI – comprovante original dos documentos fiscais das despesas realizadas, rotuladas com o número dos Termos de Metas ou de Compromisso;
- VII – extratos bancários completos da movimentação financeira e de rendimentos de aplicações no mercado financeiro, referente à conta bancária vinculada;
- VIII – demonstrativo dos rendimentos de aplicação financeira;
- IX – termo de recebimento da obra ou serviço, quando for o caso;
- X – comprovante de devolução de saldo remanescente;
- XI – atestado de execução do objeto do termo, expedido por setor competente do órgão ou entidade repassador do recurso;
- XII – procedimento licitatório ou processo de compra, composto com os comprovantes de divulgação do edital da modalidade utilizada e respectivo resultado, procedimento de dispensa ou inexigibilidade de licitação, quando for o caso;
- XIII – comprovantes e guias de retenções e recolhimentos de impostos e encargos sociais incidentes, se for o caso;
- XIV – contratos firmados para a execução do objeto pactuado, se for o caso; e
- XV – termo de aprovação do processo emitido pelo órgão ou entidade responsável pelo repasse dos recursos, ou, no caso de irregularidade na execução, prova das providências adotadas para seu saneamento ou para o ressarcimento ao erário.

§ 2º – Constatadas irregularidades no cumprimento do termo, o processo será baixado em diligência pela SES, sendo fixado prazo de trinta dias para apresentação de justificativas, alegações de defesa, documentação complementar que regularize possíveis falhas detectadas ou a devolução dos recursos liberados, atualizados monetariamente, sob pena da instauração de tomada de contas especial, em atendimento ao art. 47 da Lei Complementar nº 102, de 17 de janeiro de 2008.

§ 3º – O ente federado ou a instituição deverá manter os documentos relacionados ao Termo de Compromisso ou de Metas pelo prazo de dez anos, contado da data em que foi aprovado o processo de prestação de contas.

Art. 13 – As demais disposições contidas no Decreto Estadual nº 45.468/2010 e na Resolução SES/MG nº 4.606/2014 deverão ser observadas.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Art. 14 – Aplicam-se, ainda, à execução do incentivo financeiro complementar para os Serviços de Assistência à Deformidade Crânio Facial, as disposições da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.849, de 5 de dezembro de 2018.

Art. 15 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2019.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXOS I, II, III e IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO
DE 2019 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).**



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

**INDICADORES / REGRA DE PAGAMENTO E PROCESSO DE
MONITORAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À DEFORMIDADE
CRÂNIO FACIAL(DCF)**

A-Os Indicadores de monitoramento para os serviço de assistência à deformidade crânio facial estão descritos no Quadro 01.

1. INDICADOR 1: Manutenção do Núcleo de Qualidade da Assistência para Odontologia Hospitalar

1.1. DESCRIÇÃO: O indicador 1 busca a qualificação da oferta do serviço de assistência à Deformidade Crânio Facial por meio de ações a serem desenvolvidas pelo núcleo de qualidade. **São consideradas ações a realização de: articulação entre as unidades de referência; monitoramento do tempo de espera para o atendimento; elaboração e implantação de protocolos clínicos; acompanhamento do cuidado; e realização de ações de educação permanente. Para ação ser considerada realizada é necessário a comprovação por meio da ata de reunião e lista de presença.**

1.2. MÉTODO DE CÁLCULO: (Número de atividades realizadas pelo núcleo de assistência/4)*100

1.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR: As atividades realizadas pelo núcleo de assistência são ações buscam a articulação entre as unidades de saúde e os serviços de referência; diminuição do tempo de espera para o atendimento; elaboração e implantação de protocolos clínicos; acompanhamento do cuidado e realização de ações de educação permanente.

1.4. FONTE: Oficial - Ata de reunião e lista de presença recebidos para cada ação, relatórios sobre ação realizada com lista de presença por ação

1.5. UNIDADE DE MEDIDA: Número

1.6. POLARIDADE: Maior, melhor

1.7. META: 4



1.8. DESCRIÇÃO DA META: Realização de 4 ações de melhoria voltadas à qualificação da oferta do serviço pelo Núcleo de Qualidade Assitência para Odontologia Hospitalar.

1.9. PERÍODOS DE MONITORAMENTO E APURAÇÃO DOS RESULTADOS:

Descritos no Art. 8º

2. INDICADOR: 2 – Procedimentos cirúrgicos da DCF para faixa etária de 0 a 24 meses.

2.1. DESCRIÇÃO: O indicador 2 busca aumentar a realização dos procedimentos cirúrgicos referentes à Deformidade Crânio Facial na faixa etária de 0 a 24 meses, buscando a intervenção precoce. **Para o procedimento ser considerado realizado é necessário que a produção conste no SIH/SUS ou Relatório Assitencial.**

2.2. MÉTODO DE CÁLCULO: (Número de procedimentos constantes no Anexo III desta Resolução realizados na faixa etária de 0 a 24 meses/ 50) *100

2.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR: Os procedimentos constantes no Anexo III desta Resolução são as cirurgias para correção e tratamento da Deformidade Crânio Facial.

2.4. FONTE: Sistema de Informação Hospitalar do SUS – A tabulação dos procedimentos será extraído dos Sistemas de Informação TABWIN (aplicativo tabulador de informações de Saúde para Windows) conforme procedimentos descritos no Anexo III desta Resolução.

2.5. UNIDADE DE MEDIDA: Número

2.6. POLARIDADE: Maior, melhor

2.7. META: 50

2.8. DESCRIÇÃO DA META: Realização de 50 procedimentos para DCF dentre os constantes no Anexo III desta Resolução.

2.9. PERÍODOS DE MONITORAMENTO E APURAÇÃO DOS RESULTADOS:

Descritos no Art. 8º

A tabulação dos procedimentos será extraído dos Sistemas de Informação TABWIN (aplicativo tabulador de informações de Saúde para Windows), conforme procedimentos descritos no Anexo III desta Resolução

3. INDICADOR: 3 – Procedimentos ambulatoriais da DCF.



3.1. DESCRIÇÃO: O indicador 3 busca aumentar a realização dos procedimentos ambulatoriais para os pacientes com Deformidade Crânio Facial na faixa, buscando a integralidade do serviço.

3.2. MÉTODO DE CÁLCULO: (Número de procedimentos do Anexo IV desta Resolução realizados / meta descrita no item 3.7) *100

3.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR: Os procedimentos constantes no Anexo IV desta Resolução são procedimentos que fazem parte da linha do cuidado para pessoas em tratamento para Deformidade Crânio Facial.

3.4. FONTE: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

3.5. UNIDADE DE MEDIDA: Número

3.6. POLARIDADE: Maior, melhor

3.7. META POR BENEFICÁRIO:

Alfenas: 170

Belo Horizonte: 361

3.8. PERÍODOS DE MONITORAMENTO E APURAÇÃO DOS RESULTADOS:

Descritos no Art. 8º

4- O monitoramento dos indicadores 1,2,3 ocorrerá, conforme informações descritas no quadro 01.

Quadro 01 – Ano monitorado/Meses para validação/ indicadores monitorados/ Período monitorado

Ano monitorado	Meses para validação	Indicadores monitorados	Período monitorado
2019	Dezembro	3	Janeiro a junho 2019*
2020	Outubro	1,2,3	Janeiro a junho de 2020 *
A partir de 2021	Outubro	1,2,3	Julho do ano anterior a junho do ano corrente

O processo de monitoramento do serviço de assistência à deformidade crânio facial consiste em 04 etapas, sendo:



- **Etapa 01**- Abertura do processo de monitoramento, no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES) pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal com a inserção dos dados apurados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), conforme identificado no endereço eletrônico:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qamg.def>;

- **Etapa 02**- Divulgação do início do processo de monitoramento ao Gestor do município sede do Serviço de assistência à Deformidade Crânio Facial pela Unidade Regional de Saúde;

- **Etapa 03**- Análise dos resultados dos indicadores apurados no SIH/SUS e SIA/SUS pelo Gestor do município sede do serviço de assistência à Deformidade Crânio Facial, no SiG-RES;

- **Etapa 04**- Apresentação do desempenho alcançado pelo serviço na reunião da Comissão Intergestora da Região Ampliada de Saúde por meio de Termo de Ciência.

Os lançamentos incorretos dos dados no Sistema de Informações do SUS (SIH ou SIA) não serão aceitos como justificativa pelo descumprimento de metas do Serviço de assistência à Deformidade Crânio Facial.

5 - As faixas de percentual de cumprimento para indicador 2 e os recursos financeiros se encontram descritos no quadro 2.

Quadro 02 - Indicador 2 - Faixas de percentual de cumprimento/ Recurso financeiro por faixa de produção

Faixa de percentual de cumprimento	Recurso financeiro por faixa de produção
< 100 %	R\$ 0,00
≥ 100% a 120%	R\$ 174.281,70
> 120	R\$ 348.563,35

6 – As faixas de percentual de cumprimento para indicador 3 e os recursos financeiros se encontram descritos no quadro 03.



Quadro 03- Indicador 3 - Faixa de percentual de cumprimento /Recurso financeiro pago por produção.

Faixa de percentual de cumprimento	Recurso financeiro por faixa de produção
< 100%	R\$ 0,00
≥ 100% a 134%	R\$ 166.666,70
> 134% a 168%	R\$ 333.333,40
> 168%	R\$ 500.000,10



ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG N° 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

**MODELO DE REQUERIMENTO PARA OFICIALIZAÇÃO DO NÚCLEO DE
QUALIDADE HOSPITALAR**

I – Dados Cadastrais do Núcleo de Qualidade Hospitalar :

1 – Município:

2 – Hospital:

3 - CNES

II – Composição do Núcleo de Qualidade Hospitalar:

1– Cirurgião Dentista:

Nome:

Suplente :

Contato telefônico:

Email:

2 - Representante do Hospital:

Nome:

Suplente:

Contato telefônico:

Email:

3 – Representante da Unidade Regional de Saúde:

Nome:

Suplente:

Contato telefônico:

Email:

4 – Representante do Município :

Nome:

Suplente:

Contato telefônico:

Email:

Assinatura do gestor do município sede do serviço



ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - DEFORMIDADE CRÂNIO FACIAL

04.04.03.001-7 - ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.003-3 - OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.005-0 - OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.006-8 - OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO
04.04.03.007-6 - LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS
04.04.03.008-4 - ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL
04.04.03.012-2 - LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
4.04.03.010-6 - PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.015-7-RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.013-0 - RINOSEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.016-5 - RINOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.017-3 - SEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.019-0 - TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (UNI / BILATERAL)
04.04.03.027-0 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL



04.04.03.028-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA FISSURA FACIAL RARA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.029-7 - OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.030-0 - REMODELAÇÃO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.031-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL
04.04.03.022-0 - IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILOFACIAL
04.04.03.024-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.025-4 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.026-2- PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.031-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL
04.15.02.004-2 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
04.04.03.032-7 - OSTEOPLASTIA FRONTO – ORBITAL



ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.902, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2019.

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS- DEFORMIDADE CRÂNIO FACIAL

0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)
0204010071	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)
0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)
0204010101	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)
0204010110	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)
0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)
0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)
0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL
0301010153	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA
0301070075	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR
0301070113	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL
0301080178	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA
0307010023	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
0307020010	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
0307020037	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO
0307030016	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (POR SEXTANTE)
0307040020	INSTALACAO DE APARELHO/PROTESE EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRANIO FACIAIS



0307040054	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO EM PACIENTES C/ANOMALIAS CRANIO-FACIAIS
0307040100	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
0307040119	INSTALAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO FIXO
0307040127	MANUTENÇÃO/CONSERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO
0414020120	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO
0414020189	IMPLANTE DENTARIO OSTEOINTEGRADO EM PACIENTE C/ ANOMALIAS CRANIO-FACIAIS (POR UNIDADE)
0414020308	RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE OSSEA / DENTARIA
0414020332	TRATAMENTO CIRURGICO DE DENTE INCLUSO EM PACIENTE C/ ANOMALIA CRANIO-FACIAL
0414020421	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEOINTEGRADO
0701070153	PRÓTESE DENTÁRIA SOBRE IMPLANTE
0701070170	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO
0701080019	APARELHO ORTODONTICO EM ANOMALIAS CRANIO-FACIAIS
0701080043	PRÓTESE FIXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL
0701080094	PRÓTESE REMOVÍVEL EM PACIENTES COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL