

**DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
GABINETE**

ORDEM DE SERVIÇO Nº 02/2000/DAM

Estabelece Critérios Técnicos para autorização de Kit-Grampeadores.

O DIRETOR DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições, visando normatizar o uso dos procedimentos técnicos de alto custo, considerando que uso do “Kit-Grampeador” está tecnicamente limitado às situações em que sutura convencional não possa ser realizada com segurança, considerando a necessidade de atualizar critérios para autorização do uso de “Kit-Grampeador”.

DETERMINA:

1 - Somente serão ressarcidos os chamados “ Kit-Grampeadores “ quando previamente autorizados segundo os critérios estabelecidos nesta OS e de acordo com os valores constantes na tabela de Órtese, Prótese e Matérias Especiais (TOPME);

2 - As cirurgias nas quais o uso de “Kit-Grampeadores“, têm cobertura pelo IPERGS são aqueles constante na relação anexa;

3 - O tipo de Kit deverá ser aquele apontado na relação anexa;

4 - Em todos os casos será considerado condição indispensável para pagamento a apresentação na conta hospitalar de cópia de resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica;

5 – O setor competente deverá registrar, quando da autorização, o número da G.A., o Hospital, o número de inscrição no CREMERS do médico solicitante e o código da cirurgia proposta.

6 – Está Ordem de Serviço entrará em vigor a partir desta data, sendo revogadas disposições anteriores.

Porto Alegre, 05 de dezembro de 2000.

**Dr. Luiz Henrique de Almeida Mota
Diretor de Assistência Médica**

A N E X O I – Ordem de Serviço DAM 02/2000

Relação de Cirurgias nas quais o uso do KIT-
GRAMPEADOR têm cobertura pelo IPERGS (Ordem de Serviço 01/00, item 2)

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	KIT PASSÍVEL DE AUTORIZAÇÃO	
		INTRALUMINAR	LINEAR CORTANTE
1 – ESÔFAGO			
Esofagoplastia	43010016	X	X
Esofagoplastia por Transplante com Microcirurgia	43010199	X	X
2 – ESTÔMAGO			
Gastrectomia Total	43020100	X	X
Idem, Via Toraco- Abdominal	43020119	X	X
Idem, com Esplenectomia Pancreatectomia parcial e Linfadenectomia com Toracotomia	43020127	X	X

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	KIT PASSÍVEL DE AUTORIZAÇÃO	
		INTRALUMINAR	LINEAR CORTANTE
3 – INTESTINO			
Amputação Perineal do reto (completa)	43030033	X	X
Amputação do reto Por prociência	43030041	X	X
Colectomia Total	43030068	-	X
Colectomia Total com Ileo-Reto anastomose	43030076	X	X
Reto Sigmoidectomia Abdominal	43030254	X	X
Cirurgia de Abaixamento (qualquer técnica)	43030300	X	-
Proctocolectomia Total com Reservatório Ileal	43030327	X	-

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	KIT PASSÍVEL DE AUTORIZAÇÃO	
		INTRALUMINAR	LINEAR CORTANTE
4 – PULMÕES			
Bulectomia Unilateral	55010032	-	X
Bulectomia Bilateral Com Esternotomia	55010040	-	X
Lobectomia Standart	55010075	-	X