

Habilitação de Serviços no Processo Transexualizador do SUS

29 de agosto de 2023



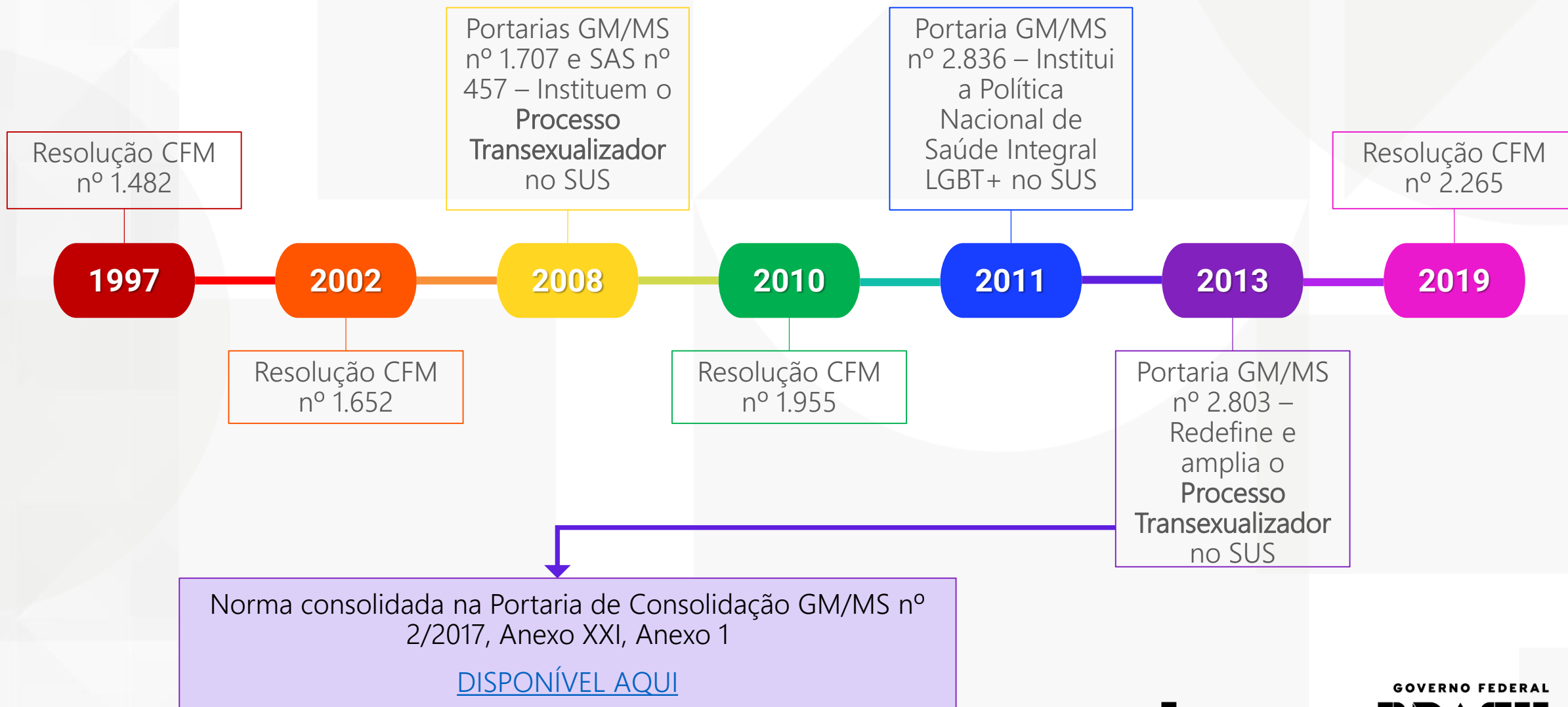
MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Processo Transexualizador no SUS

GOV.BR/SAUDE

f @ t v minsaude



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Modalidades de Habilitação no Processo Transexualizador no SUS

AMBULATORIAL

Acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia.

HOSPITALAR

Realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório.

Serviços

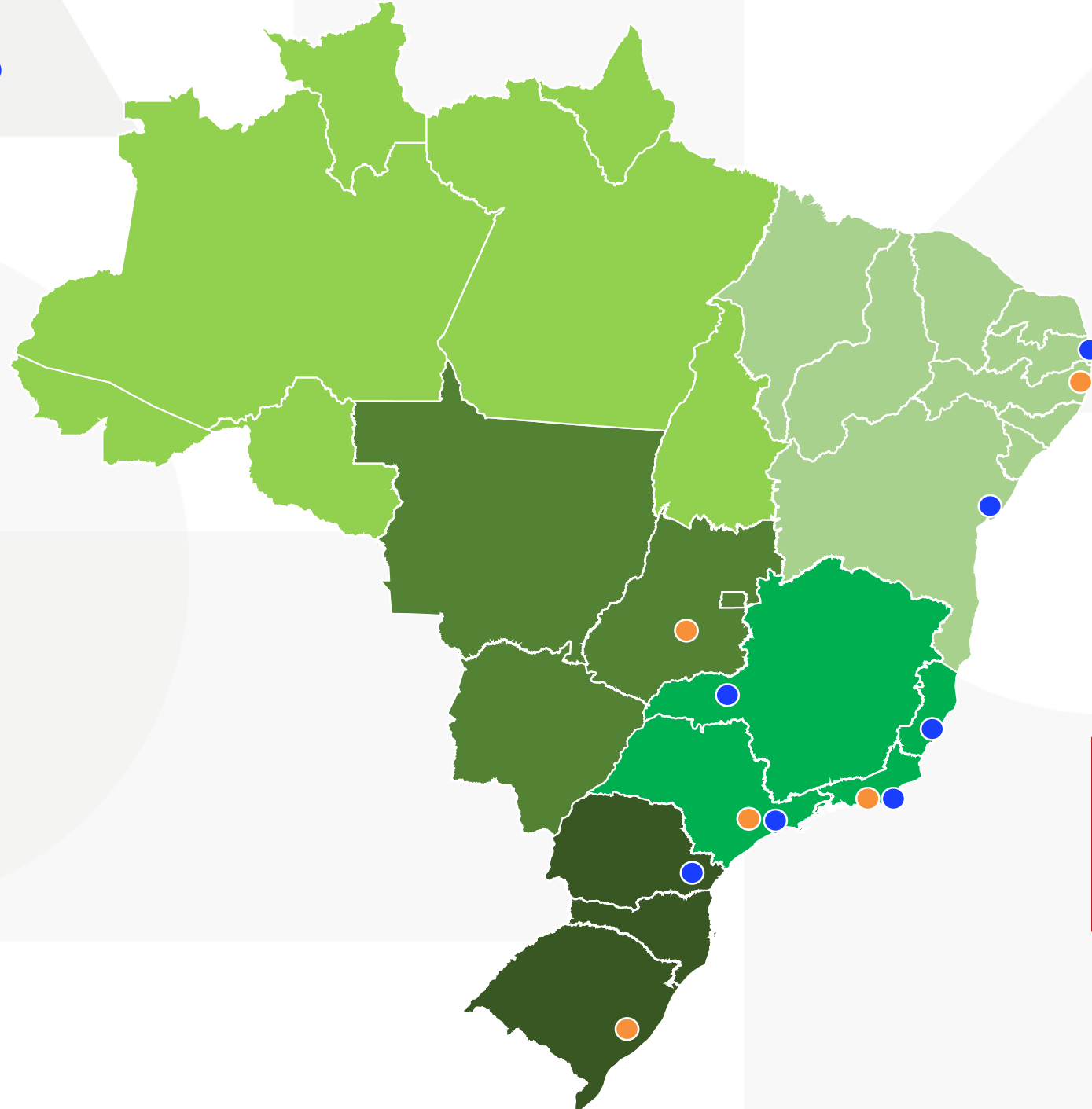
Hospitalares e Ambulatoriais Habilitados: 5

- Goiânia/GO
- São Paulo/SP
- Rio de Janeiro/RJ
- Porto Alegre/RS
- Recife/PE

Serviços

Ambulatoriais Habilitados: 7

- Uberlândia/MG
- Rio de Janeiro/RJ
- São Paulo/SP
- Curitiba/PR
- Salvador/BA
- João Pessoa/PB
- Vitória/ES



Novos serviços não eram habilitados desde 2018

Serviços

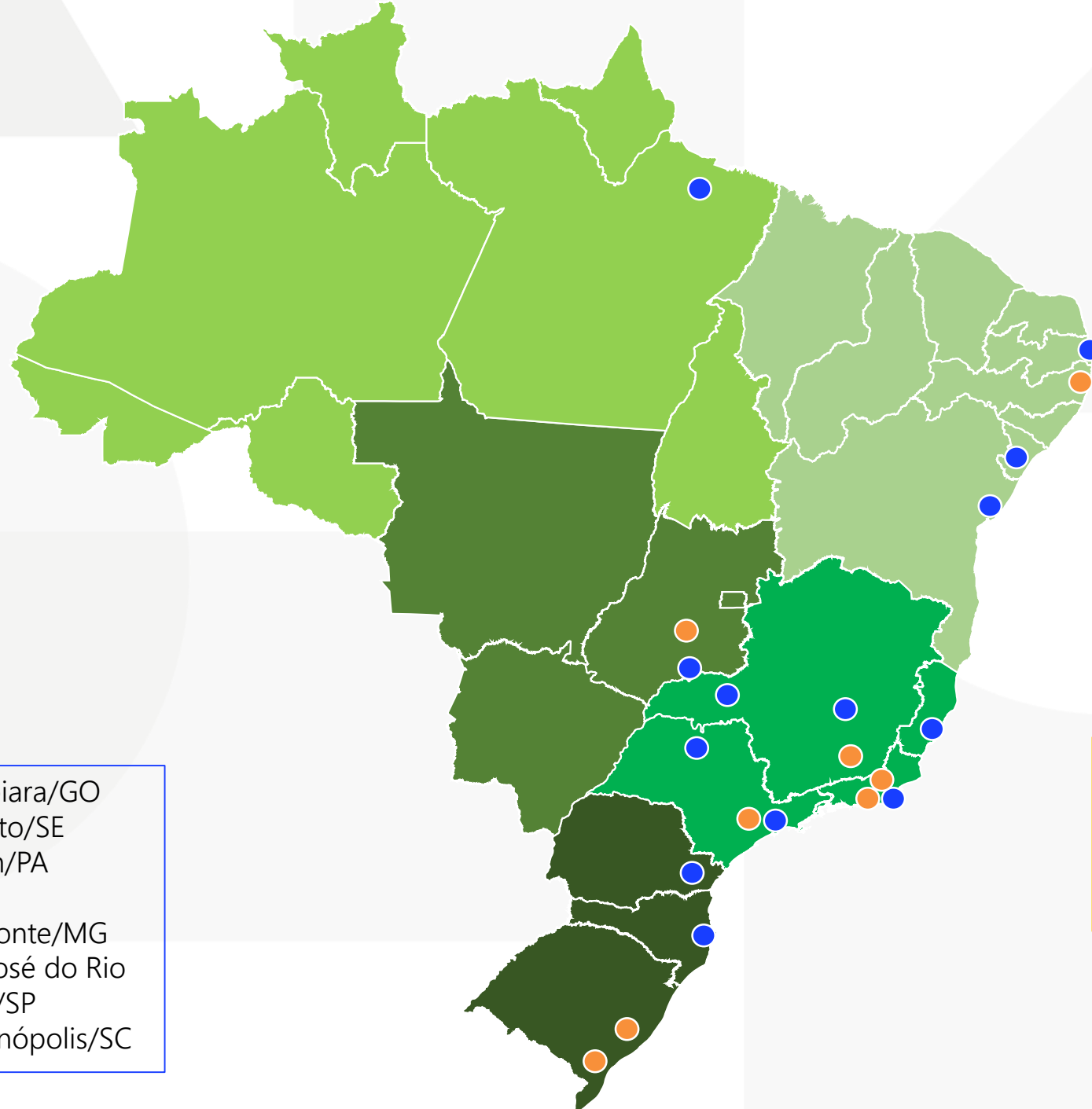
Hospitalares e Ambulatoriais Habilitados: 8

- Goiânia/GO
- São Paulo/SP
- 2* Rio de Janeiro/RJ
- Porto Alegre/RS
- Recife/PE
- Juiz de Fora/MG
- Rio Grande/RS

Serviços

Ambulatoriais Habilitados: 13

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Uberlândia/MG• Rio de Janeiro/RJ• São Paulo/SP• Curitiba/PR• Salvador/BA• João Pessoa/PB• Vitória/ES | <ul style="list-style-type: none">• Itumbiara/GO• Lagarto/SE• Belém/PA• Belo Horizonte/MG• São José do Rio Preto/SP• Florianópolis/SC |
|--|--|



10 portarias de habilitação publicadas em 2023

Solicitação de Habilitação

GOV.BR/SAUDE

 minsaude

SAIPS

Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde

<https://saips.saude.gov.br/>

SITUAÇÃO ATUAL

São solicitados 9 anexos, 8 respostas do tipo texto e perguntas fechadas (15 para ambulatorial e 24 para hospitalar).

Não há orientações às Secretarias de Saúde.

Os modelos de Planilha de Impacto Financeiro não estão disponíveis.

Ausência de padronização em análises.

Proposta de mudança

Solicitação de 4 anexos

CIB

Alvará Sanitário

Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro

Relação de Profissionais na Equipe

3 respostas do tipo texto

Justificativa

Resumo do PPI

Dados do Responsável Técnico

Perguntas com resposta fechada (opções)

11 para ambulatorial

17 para hospitalar

Modelos de documentos disponíveis

[Planilha de Impacto Ambulatorial](#)

[Planilha de Impacto Hospitalar](#)

[Relação de Profissionais](#)

Documento Orientador aos Gestores de Saúde

Acesso ao SAIPS: sem modificação

<https://saips.saude.gov.br/>

GOV.BR/SAUDE

f @ t v minsaude

BRASIL CORONAVÍRUS (COVID-19) Simplifique! Participe Acesso à informação Legislação Canais

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLITICAS EM SAÚDE

principal acessar V-002.15.05

VISÃO GERAL

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
UNIAO E RECONSTRUÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIAO E RECONSTRUÇÃO

CPF e senha do cadastrador

SAIPS

SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

 principal  acessar

V-002.15.05

ACESSO AO SISTEMA

AUTENTICAÇÃO

CPF/CNPJ: 

Senha: 

Acessar

Nova senha



INFORMATIVO

ACESSO AO SISTEMA: É necessário que o usuário informe o seu CPF/CNPJ e senha.

ESQUECEU A SENHA: Clique no botão "Nova senha" e informe seu CPF e e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema.

Suporte a sistemas: 136 - opção 8

e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br

Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>



MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

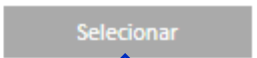


Selecionar o CNPJ do Fundo Estadual/Municipal de Saúde


FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Selecione qual CNPJ será utilizado na sessão: ▾

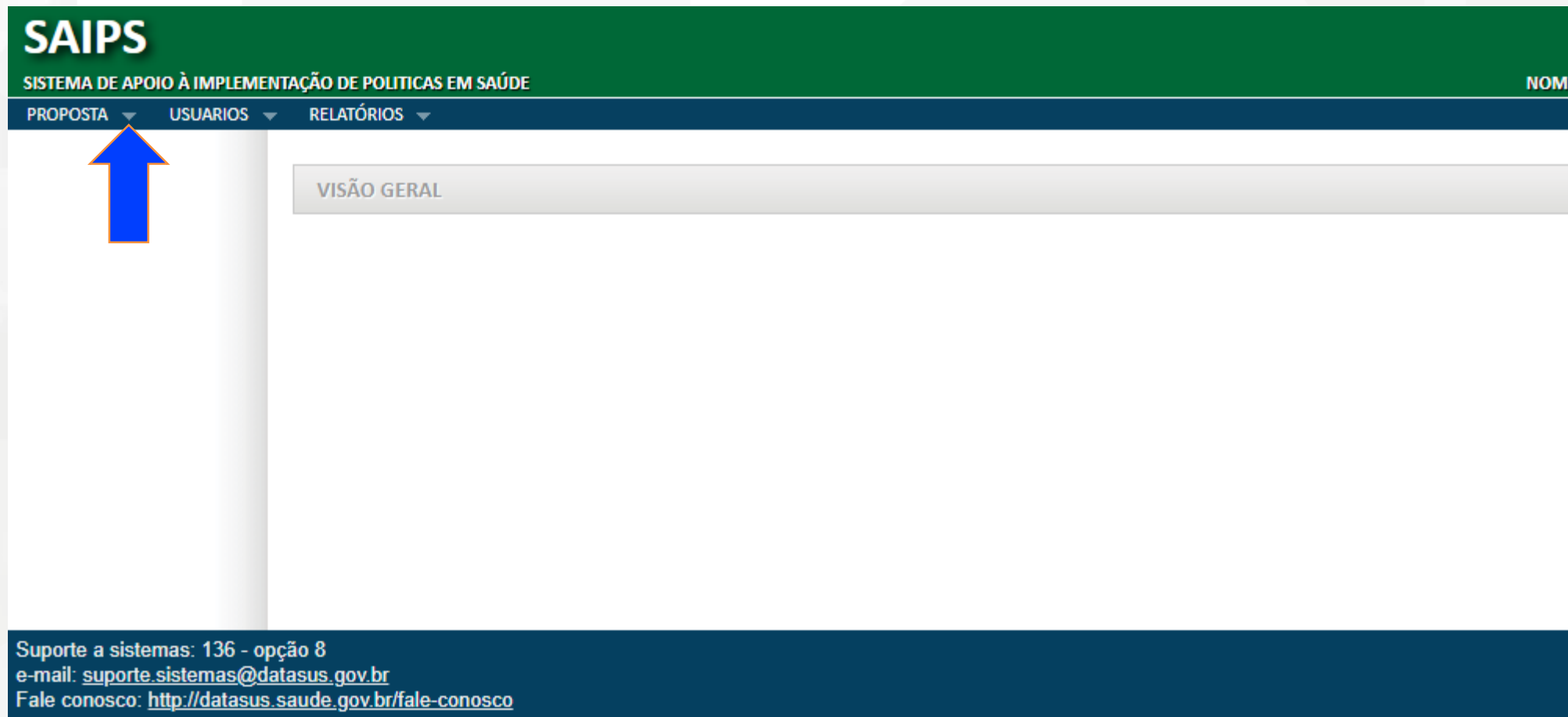
Selecione 



1 

2 

Em "proposta", selecionar "cadastro".



SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLITICAS EM SAÚDE

PROPOSTA ▾ USUARIOS ▾ RELATÓRIOS ▾

VISÃO GERAL

Nome

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
Nome - CPF:				Assessor
CNPJ	Razão social/município			
	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? • **1** Sim Não

Rede / Programa: • Seleccione **2**

JUSTIFICATIVA

Justificativa: • **3** Neste campo descreva quais são os efeitos/impactos esperados da implantação desse novo serviço no território de abrangência.

Quantidade de caracteres restantes: 3000

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Novo Estabelecimento de Saúde **4**

Próxima Etapa

Salvar

Cancelar

2 Processo Transexualizador no SUS

Modalidade Ambulatorial ou

Modalidade Hospitalar

Componente / Serviço:

Selecione

1

R\$

0,00

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*

Validar

2

Longitude:

Latitude:

Ver o mapa

Tipo de abrangência:*

Selecione

3

População Total:

0

População Mínima:

População Máxima:

Salvar

Cancelar

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Novo Estabelecimento de Saúde


Se a abrangência for regional/estadual, devem ser selecionados os municípios abrangidos. Clicar em "+" ao lado dos municípios abrangidos.

Tipo de abrangência: * Regional/Estadual

INCLUSÃO DE MUNICÍPIOS ABRANGIDOS

Município: *

	Adicionar todos	5 itens Selecionados	Remover todos
ABAIRA	+	ABARE	-
ADUSTINA	+	ACAJUTIBA	-
AGUA FRIA	+	SALVADOR	-
AIQUARA	+	TEIXEIRA DE FREITAS	-
ALAGOINHAS	+	VEREDA	-
ALCOBACA	+		



Após selecionar a modalidade, validar o CNES e selecionar a abrangência, clicar em "salvar". Nesse momento não é possível digitar o valor (R\$) solicitado.

Componente / Serviço: R\$

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:

Longitude: Latitude:

Tipo de abrangência:

População Total:

População Mínima: População Máxima:

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Ao retornar a essa tela, se quiser solicitar um valor, clicar em "editar" nas opções (seta laranja). Não é obrigatório solicitar valor nessa etapa.

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do cadastrador

Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
Nome - CPF: [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Assessor
CNPJ	Razão social/município			
[REDACTED]	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE [REDACTED]			

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? Sim Não

Rede / Programa: Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (*) ?



JUSTIFICATIVA

Justificativa: Neste campo descreva quais são os efeitos/impactos esperados da implantação desse novo serviço no território de abrangência.

Quantidade de caracteres restantes: 2876

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

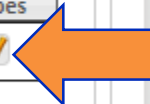
Novo Estabelecimento de Saúde

Componente / Serviço	CNES/CEP	Tipo de Abrangência	Valor Solicitado	Valor Aprovado	Opções
Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial	[REDACTED]	Municipal	RS [REDACTED]		 
Valor Total			RS [REDACTED]		

Próxima Etapa Salvar Cancelar

Ao clicar em "próxima etapa", a proposta é salva automaticamente e em seguida o questionário deve ser respondido.

Se preferir preencher o questionário em outro momento, clique apenas em "salvar".



As alterações no processo de habilitação estão nesta etapa:

QUESTIONÁRIO.

1. Verifique se o questionário corresponde à modalidade desejada (ambulatorial ou hospitalar).
2. Responda às questões conforme as orientações.
3. Anexos: até 20 MB, em formato PDF, JPEG ou PNG.

QUESTIONÁRIO

▼ ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE AMBULATORIAL

1.

1. Descreva, de forma resumida, o planejamento regional (PPI) que estrutura a atenção integral à saúde aos usuários com indicação para o Processo Transexualizador no território de abrangência do serviço a ser habilitado. *

Neste item deve ser inserido um texto (até 4.000 caracteres com espaço) que demonstre o planejamento e organização da rede de saúde no território para atenção à saúde das pessoas trans com demanda de transição de gênero.

Quantidade de caracteres restantes: 3780

2. Anexe documento que comprove a aprovação da solicitação de habilitação do serviço na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, no colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do DF. *

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

3. Anexe a cópia do Alvará Sanitário vigente do estabelecimento ou do Relatório da Vigilância Sanitária local que aprova o funcionamento do estabelecimento de saúde onde o serviço será habilitado. *

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

4. O estabelecimento possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, 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

5. O estabelecimento tem capacidade para realizar acompanhamento clínico e hormonioterapia no âmbito do Processo Transexualizador? *

SIM

6. O estabelecimento tem capacidade para garantir acesso a exames laboratoriais e de imagem e dispõe de todos os equipamentos e materiais necessários para realizar atendimentos e procedimentos no âmbito do Processo Transexualizador? *

SIM

Anterior

Enviar para MS

Voltar

Salvar

Imprimir

Descartar Proposta

GOV.BR/SAUDE

f @ t v minsaude

CIB: Resolução CIB ou a Ata da CIB assinada e datada.

Alvará Sanitário: deve estar dentro o período de vigência. No caso de relatório, este deve estar devidamente assinado e datado, não sendo data superior a 12 meses da solicitação de habilitação.

QUESTIONÁRIO

▼ ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE AMBULATORIAL

1.

7. O estabelecimento possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade? *

SIM

8. Anexe a Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro. *

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

9. Informe o nome, área de formação superior, telefone e e-mail do Responsável Técnico pelo serviço a ser habilitado. *

A identificação e os contatos institucionais do Responsável Técnico são importantes para que o Ministério da Saúde possa entrar em contato em caso de diligências no processo de habilitação

Quantidade de caracteres restantes: 3812

10. O Responsável Técnico tem ciência das competências necessárias para coordenar um serviço do Processo Transexualizador? *

SIM

11. O Responsável Técnico assumirá a responsabilidade por apenas um estabelecimento habilitado na modalidade ambulatorial do Processo Transexualizador? *

-- Selecione --

12. O Responsável Técnico reside no mesmo município ou cidade circunvizinha ao estabelecimento em processo de habilitação no Processo Transexualizador? *

-- Selecione --

13. O estabelecimento possui equipe multidisciplinar mínima para realizar os atendimentos e procedimentos no âmbito do Processo Transexualizador? (Equipe mínima: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro). *

-- Selecione --

14. Anexe a relação contendo o nome de todos profissionais da equipe, especialidade, nº de registro no respectivo Conselho Profissional de cada categoria.

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

[Modelo da Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro – AMBULATORIAL](#)

[Modelo da Relação de Profissionais da Equipe](#)

Anterior

Enviar para MS

Voltar

Salvar

Imprimir

Descartar Proposta

GOV.BR/SAUDE

f @ t v minsaude



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

QUESTIONÁRIO

▼ ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE AMBULATORIAL

1.

13. O estabelecimento possui equipe multidisciplinar mínima para realizar os atendimentos e procedimentos no âmbito do Processo Transexualizador? (Equipe mínima: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro). *

SIM

14. Anexe a relação contendo o nome de todos profissionais da equipe, especialidade, nº de registro no respectivo Conselho Profissional e número de horas semanais de atendimento, conforme cadastro no CNES. *

modelo-da-relacao-de-profissionais-da-equipe-2013-processo-transexualizador.xls

15. Todos os profissionais da área médica possuem título de especialista emitido pelo Conselho Regional de Medicina? *

SIM

16. Todas as informações prestadas no formulário de solicitação de habilitação do serviço no Processo Transexualizador do SUS são verdadeiras e podem ser comprovadas pela Secretaria de Saúde. *

SIM

17. Declara-se ciência de que: I) O Ministério da Saúde, órgãos de controle ou de auditoria poderão solicitar documentos complementares ou realizar visita in loco a fim de comprovar as informações registradas neste formulário; II) A manutenção da habilitação está condicionada ao cumprimento continuado das normas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XXI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017; III) A habilitação poderá ser suspensa pelo Ministério da Saúde em caso de descumprimento das exigências contidas na Portaria supracitada, assim como a própria gestão local poderá solicitar a suspensão da habilitação; e IV) Compete à gestão responsável pelo serviço o monitoramento, avaliação, controle e fiscalização local do serviço habilitado. *

SIM

Anterior

Enviar para MS

Voltar

Salvar

Imprimir

Descartar Proposta

GOV.BR/SAUDE

f @ t v minsaude

Ao finalizar o preenchimento do questionário, clique em "salvar".

Verifique as respostas e anexos. Se tudo estiver correto, clique em "Enviar para MS".

Guarde o nº da proposta para realizar consultas depois.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

QUESTIONÁRIO

▼ ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE HOSPITALAR

1.

2.

→ 5. O estabelecimento tem capacidade para realizar acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia no âmbito do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

→ 6. O estabelecimento dispõe de serviço de laboratório clínico em tempo integral, capacidade para garantir acesso a exames laboratoriais e de imagem, realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas, e dispõe de todos os equipamentos e materiais necessários para realizar atendimentos e procedimentos no âmbito do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

→ 7. O estabelecimento tem capacidade para realizar procedimentos cirúrgicos no âmbito do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

→ 8. O estabelecimento garante sala de cirurgia para atendimento aos usuários do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

→ 9. O estabelecimento possui leitos cirúrgicos de enfermaria para usuários do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

→ 10. O estabelecimento garante retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III? *

-- Selecione --

→ 11. O estabelecimento tem capacidade para ser referência para a atenção a pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos hospitalares do Processo Transsexualizador? *

-- Selecione --

Referência local / Referência Regional /
Referência Estadual / Referência Nacional / Não

Anterior

Próxima

Enviar para MS

Voltar

Salvar

Imprimir

Descartar Proposta

O questionário da modalidade hospitalar possui mais perguntas fechadas.

As perguntas com resposta em texto são as mesmas.

Os anexos são os mesmos, exceto a Planilha de Impacto Financeiro.

[Modelo da Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro – HOSPITALAR](#)

No questionário hospitalar, o procedimento é o mesmo:

clique em "salvar" após responder as 23 questões. Em seguida, verificar as respostas e anexos. Se tudo estiver correto, clique em "Enviar para MS".

Guarde o nº da proposta para realizar consultas depois.

QUESTIONÁRIOS

QUESTIONÁRIO

ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE HOSPITALAR

1. 2.

Quantidade de caracteres restantes: 4000

15. Em qual área o Responsável Técnico possui certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina? *

-- Selecione --

Urologia / Ginecologia / Cirurgia Plástica

16. O Responsável Técnico assumirá a responsabilidade por apenas um estabelecimento habilitado na modalidade hospitalar do Processo Transexualizador? *

-- Selecione --

17. O Responsável Técnico reside no mesmo município ou cidade circunvizinha ao estabelecimento em processo de habilitação no Processo Transexualizador? *

-- Selecione --

18. O estabelecimento possui equipe multidisciplinar mínima para realizar os atendimentos e procedimentos no âmbito Processo Transexualizador? (Equipe mínima: 1 médico urologista ou ginecologista ou cirurgião plástico, 1 psiquiatra ou psicólogo, 1 endocrinologista, 1 assistente social e equipe de enfermagem dimensionada conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem). *

-- Selecione --

19. Anexe a relação contendo o nome de todos profissionais da equipe, especialidade, nº de registro no respectivo Conselho Profissional e número de horas semanais de atendimento, conforme cadastro no CNES. *

Escolher Arquivo Nenhum arquivo escolhido

20. Todos os profissionais da área médica possuem título de especialista emitido pelo Conselho Regional de Medicina (RQE)? *

-- Selecione --

Anterior Próxima

Enviar para MS Voltar Salvar Imprimir Descartar Proposta

21. A equipe cirúrgica conta com profissionais qualificados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório? Sim/Não.

Para acompanhar a proposta, na página inicial do SAIPS clique em "proposta" e em seguida, em "consulta".

Suporte a sistemas: 136 - opção 8
e-mail: suporte.sistemas@datasus.gov.br
Fale conosco: <http://datasus.saude.gov.br/fale-conosco>

Na página seguinte, digite o nº da proposta e clique em "pesquisar".

Abaixo aparecerá um resumo da proposta.

PROPOSTAS ENVIADAS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nº proposta:

UF:

Rede / Programa:

Componente / Serviço:

Ciclo Monitoramento:

Pendências:

Proposta cadastrada entre as datas: Inicial: Final:








Nº do processo:





Município:

Nº do CNES:

Situação da proposta:

Situação do Monitoramento:

Legenda:  Visualizar proposta  Imprimir análise  Visualizar análise  Detalhar situação da proposta  A vencer  Vencida  Ajustar

 Documento complementar  Ajustar documento complementar  Monitoramento  Comunicados

Mostrar Filtro:

Nº proposta	UF	Município	Fundo	Rede/Programa	Componente/serviço	Situação	Valor solicitado	Valor aprovado	Valor empenhado	Valor pago	Data pagamento	Ordem bancária pagamento	Data início proposta	Data limite envio	Data limite diligência
████████	██	██████	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (*)	Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Ambulatorial	Enviada para o MS	████████	-	-	-			24/08/2023	-	-

Mostrando 1 à 1 de 1 registro(s)

< primeiro << anterior 1 próximo >> último >

Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro - AMBULATORIAL

Preencher apenas a coluna B, de acordo com os tipos de procedimento que serão realizados no serviço.

Estimar, em cada procedimento (coluna B, linhas 5 a 8), a capacidade de atendimento do serviço por mês.



	A	B	C	D	E	F
1	ESTIMATIVA DE IMPACTO ANUAL: ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE AMBULATORIAL					
2		QUANTIDADE MENSAL		VALORES		
3	PROCEDIMENTO	Nº DE PACIENTES	Nº DE PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO (R\$)	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
4		Preencher com a estimativa de usuários a serem atendidos por mês em cada tipo de procedimento designado abaixo.	Campo fixo, conforme o nº máximo de procedimentos/mês por usuário previsto na Portaria. NÃO ALTERAR.	Campo fixo, conforme o valor de cada procedimentos previsto na Portaria. NÃO ALTERAR.	Fórmula fixa (BxCxD) para cálculo da estimativa mensal do impacto financeiro. NÃO ALTERAR.	Fórmula fixa (Ex12) para cálculo da estimativa anual do impacto financeiro. NÃO ALTERAR.
5	03.01.13.003-5 - ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIO(A) NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EXCLUSIVAMENTE PARA ATENDIMENTO CLÍNICO		1	R\$ 39,38	R\$ 0,00	R\$ 0,00
6	03.01.13.004-3 - ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO(A) NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR EXCLUSIVO NAS ETAPAS DO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO		2	R\$ 39,38	R\$ 0,00	R\$ 0,00
7	03.03.03.008-9 - TRATAMENTO HORMONAL PREPARATÓRIO PARA CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (CIPROTERONA)		1	R\$ 65,52	R\$ 0,00	R\$ 0,00
8	03.03.03.009-7 - TRATAMENTO HORMONAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (ESTRÓGENO OU TESTOSTERONA)		1	R\$ 50,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
9	TOTAL	0			R\$ 0,00	R\$ 0,00

Planilha de Estimativa do Impacto Financeiro - HOSPITALAR

Preencher apenas a coluna B, de acordo com os tipos de procedimento (cirurgias) que serão realizados no serviço.

Estimar, em cada procedimento (coluna B, linhas 5 a 11), a capacidade de atendimento do serviço por mês.

	A	B	C	D	E	F
1	ESTIMATIVA DE IMPACTO ANUAL: ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE HOSPITALAR					
2	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE MENSAL		VALORES		
3		Nº DE PACIENTES	Nº DE PROCEDIMENTOS	VALOR PROCEDIMENTO (R\$)	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
4		Preencher com a estimativa de usuários a serem atendidos por mês em cada tipo de procedimento designado abaixo.	Campo fixo, conforme o nº máximo de procedimentos/mês por usuário previsto na Portaria. NÃO ALTERAR.	Campo fixo, conforme o valor de cada procedimentos previsto na Portaria. NÃO ALTERAR.	Fórmula fixa (BxCxD) para cálculo da estimativa mensal do impacto financeiro. NÃO ALTERAR.	Fórmula fixa (Ex12) para cálculo da estimativa anual do impacto financeiro. NÃO ALTERAR.
5	04.04.01.056-3 TIREOPLASTIA		1	R\$ 418,48	R\$ 0,00	R\$ 0,00
6	04.09.05.013-0 CIRURGIAS COMPLEMENTARES DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL*		2	R\$ 398,05	R\$ 0,00	R\$ 0,00
7	04.09.05.014-8 REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO MASCULINO		1	R\$ 1.288,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00
8	04.09.06.029-1 - HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA BILATERAL E COLPECTOMIA EM USUÁRIAS SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR		1	R\$ 1.195,80	R\$ 0,00	R\$ 0,00
9	04.10.01.019-7 - MASTECTOMIA SIMPLES BILATERAL EM USUÁRIO SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR (ESTRÓGENO OU TESTOSTERONA)		1	R\$ 809,89	R\$ 0,00	R\$ 0,00
10	04.10.01.020-0 - PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR		1	R\$ 1.803,92	R\$ 0,00	R\$ 0,00
11	04.09.07.031-9 REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO FEMININO I**		1	R\$ 1.288,28	R\$ 0,00	R\$ 0,00
12	TOTAL	0			R\$ 0,00	R\$ 0,00

Relação dos Profissionais da Equipe

Preencher as colunas A, B, C, D e E. Cada linha deve corresponder a um profissional da equipe.

Se necessário, acrescente mais linhas.

As informações prestadas devem estar de acordo com o cadastro dos profissionais no CNES.

	A	B	C	D	E
1	RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO SERVIÇO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR				
	Nome completo	Especialidade	Nº de Registro no Conselho de Categoria Profissional	Registro no CNES	Carga Horária Semanal
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Encaminhamentos

- Analisar as sugestões realizadas nesta reunião.
- Inserir os novos formulários no SAIPS em setembro/2023.
- Divulgar as orientações para o cadastro de propostas.
- Manter a padronização interna do MS para as análises.

**Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática**

daet@saude.gov.br

(61) 3315-9220



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

