



# MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

## BOLETIM DE SERVIÇO

BSMPU Nº 41 - Outubro/2025

Publicação: sexta-feira, 10 de outubro de 2025

PAULO GUSTAVO GONET BRANCO  
Procurador-Geral da República

HINDENBURGO CHATEAUBRIAND PEREIRA DINIZ FILHO  
Vice-Procurador-Geral da República

ALEXANDRE ESPINOSA BRAVO BARBOSA  
Vice-Procurador-Geral Eleitoral

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO  
Secretária-Geral do Ministério Público da União

### BOLETIM DE SERVIÇO DO MPU

SAF/SUL QUADRA 04 LOTE 03  
CEP: 70050-900 - Brasília/DF  
Telefone: (61) 3105-5100  
<http://www.mpf.mp.br/pgtr/>

### SUMÁRIO

	Página
Secretaria-Geral do MPU .....	1
Programa de Saúde e Assistência Social .....	1
Expediente.....	16

### SECRETARIA-GERAL DO MPU

PORTARIA SG/MPU Nº 140, DE 8 DE OUTUBRO DE 2025.

A SECRETÁRIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, no uso da competência que lhe foi atribuída pelo artigo 6º, inciso XXXII, do Regimento Interno Administrativo do MPF, aprovado pela Portaria PGR/MPF nº 382, de 5 de maio de 2015, considerando o disposto no artigo 1º da Portaria PGR/MPU nº 683, de 26 de setembro de 2013, tendo em vista o disposto no artigo 38 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nos expedientes MPU-SG-00233700/2025 e MPU-SG-00247555/2025, resolve:

1. Dispensar, a partir de 3 de outubro de 2025, SILVANIR JANUARIA DA SILVA, ocupante do cargo de Técnico do MPU/Administração, matrícula nº 33295, do encargo de substituta eventual da Chefe do Núcleo de Negociação de Contratos nos Estados, FC-3, da Secretaria do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União.

2. Designar ISABEL CRISTINA TENORIO DE BRITTO, ocupante do cargo de Técnico do MPU/Administração, matrícula nº 23511, para exercer o encargo de substituta eventual da Chefe da Seção de Apoio Técnico-Operacional-Maranhão, FC-2, da Secretaria do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União.

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO

### PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO DEPAM/SEPLAN Nº 1, DE 12 DE SETEMBRO DE 2025.

A DIRETORA EXECUTIVA DA SECRETARIA DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 57, §§2º e 8º, combinado com o art. 59, inciso V, todos do Regulamento Geral do Plan-Assiste, ouvida a Diretoria Executiva Colegiada, resolve:

Art. 1º Orientar as Diretorias Nacionais, Diretorias e Coordenadoria Regionais e Gerências e Núcleos Estaduais do Plan-Assiste a observar o disposto nesta Instrução de Serviço.

Art. 2º Esta Instrução de Serviço tem como objetivo orientar as equipes deste Programa de Saúde quanto às diretrizes básicas para autorização dos procedimentos, materiais e medicamentos, constantes do anexo.

Art. 3º Esta Instrução de Serviço entra em vigor na data da sua publicação.

SONIA MARCIA FERNANDES AMARAL  
Diretora Executiva do Plan-Assiste/MPU

ALEXANDRE TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
Diretor de Saúde e Assistência

SANDRA PEREIRA CARRIJO  
Diretora de Saúde

## ANEXO



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

## Terapia com Imunoglobulina Humana

## 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios estabelecidos no protocolo para autorização da terapia de reposição com Imunoglobulina Humana intravenosa (ex: Endobulin Kiovig®) em casos de imunodeficiência.

## 2. Indicações

## 2.1. Imunodeficiências Primárias

- Agamaglobulinemia
- Hipogamaglobulinemia congênita
- Defeitos de anticorpos
- Síndromes: Wiskott-Aldrich, WHIM, DiGeorge, Hiper-IgM, Hiper-IgE
- Deficiência de anticorpos específicos
- Crianças com hipogamaglobulinemia grave, histórico de infecções graves e internações associadas.
- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com diagnóstico confirmado.

## 2.2. Hipogamaglobulinemia Secundária

- Uso de rituximabe
- Doenças da célula B: Mieloma Múltiplo, LLC, Linfoma Hodgkin e não-Hodgkin
- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com diagnóstico confirmado.

## 2.3. Alterações de IgG

- IgG < 200 mg/dL; ou
- IgG entre 200–500 mg/dL + ≥ 3 internações por infecção grave no último ano.
- Requisitos de autorização:
- Relatório médico com CID e justificativa.
- Exames laboratoriais (IgG).



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

## Laserterapia Oral

## 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios estabelecidos no protocolo para autorização de laserterapia oral de baixa intensidade como terapia complementar na prevenção e tratamento da mucosite oral.

## 2. Indicações

## 2.1. Prevenção

Para prevenção de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de:

- Câncer em região de cabeça e pescoço.
- Câncer hematopoiético.
- Requisitos de autorização:
- Relatório médico com diagnóstico oncológico.
- Indicação clínica da laserterapia (prevenção).

## 2.2. Tratamento

Autorização permitida para tratamento de mucosite oral:

- Câncer em região de cabeça e pescoço.
- Câncer hematopoiético.
- Pacientes submetidos a quimioterapias, independentemente do tipo de câncer.
- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com diagnóstico oncológico.
  - Indicação clínica da laserterapia (tratamento).
- 2.3. Radioterapia ou braquiterapia  
Os pedidos devem ser encaminhados ao Plan-Assiste para análise individual.
- Requisitos para análise do pedido de autorização:
- Relatório médico com diagnóstico oncológico.
  - Indicação clínica da laserterapia (prevenção ou tratamento).



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

##### 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios de autorização estabelecidos no protocolo da estimulação magnética transcraniana (EMT) no tratamento de transtornos psiquiátricos graves, com base em evidências científicas e diretrizes nacionais e internacionais, no âmbito do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – PLAN-ASSISTE.

##### 2. Indicações Autorizadas

- Depressão grave refratária ao tratamento medicamentoso e psicoterápico
- Depressão uni e bipolar
- Alucinações auditivas associadas à esquizofrenia
- Planejamento de neurocirurgias

Requisitos de autorização:

- Relatório médico com indicação precisa e justificativa clínica.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Compressão Pneumática Intermitente

##### 1. Objetivo

Orientar quanto aos critérios estabelecidos no protocolo de autorização do procedimento de compressão pneumática intermitente, no âmbito do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – PLAN-ASSISTE.

##### 2. Indicações

###### 2.1. Pacientes Clínicos Hospitalizados

- Pacientes com idade superior a 40 anos, presença de pelo menos um fator de risco para TEV (escore Pádua) e mobilidade reduzida por no mínimo 3 dias.

- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com justificativa clínica
- Comprovação de avaliação de risco TEV (escore Pádua)

###### 2.2. Pacientes Cirúrgicos

- Risco moderado ou alto conforme Escala de Caprini

- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com justificativa clínica
- Comprovação de avaliação de risco TEV (Caprini)

###### 2.3. Pacientes de Obstetrícia

- Gestantes em uso prévio de anticoagulantes, com suspensão da medicação para parto (vaginal ou cesáreo)

- Autorização até o restabelecimento da profilaxia farmacológica (previsão: 12 horas após o parto)

- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com justificativa clínica

##### 3. Restrições e exclusões

- Pacientes com risco baixo conforme avaliação clínica
- Procedimentos ambulatoriais de baixo risco para TEV que não exigem internação



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Invega Sustenna®

##### 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios de autorização estabelecidos no protocolo da medicação Invega Sustenna® (palmitato de paliperidona) no âmbito do Plan-Assiste, especialmente no contexto de aplicação em hospital dia ou clínicas/hospitais não psiquiátricos.

##### 2. Indicações Autorizadas

O Invega Sustenna é indicado para o tratamento e prevenção da recorrência da esquizofrenia, bem como para o transtorno esquizoafetivo e como um adjuvante aos estabilizadores de humor ou antidepressivos.

Obs: Apesar de não estar incluída no Rol da ANS, possui cobertura obrigatória durante internações hospitalares, inclusive em regime de hospital dia psiquiátrico.

A INVEGA SUSTENNA® será autorizada também para aplicação em hospital dia ou mesmo em clínicas ou hospitais não psiquiátricos, desde que sejam observados os critérios de autorização.

- Requisitos de autorização:

- Relatório médico com indicação precisa e justificativa clínica.
- Inclusão do valor de referência do Plan-Assiste na autorização.

##### 3. Restrições e Glosas

- Diárias solicitadas exclusivamente para aplicação da medicação não devem ser autorizadas.

- É obrigatória a apresentação da guia assinada pelo médico e paciente, com checagem de enfermagem, na apresentação de contas.

- Glosa de taxa hospitalar se houver cobrança simultânea com taxa de injeção.

- Glosa de diária hospitalar ou hospital dia se utilizada apenas para aplicação da medicação, fora do contexto de internação.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Técnicas Cirúrgicas para Tratamento de Hiperplasia Prostática Benigna

##### 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios clínicos estabelecidos em Norma Complementar quanto ao protocolo para autorização de técnicas cirúrgicas no tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), visando controlar os sintomas do trato urinário inferior e melhorar a qualidade de vida do paciente, em conformidade com as evidências científicas e diretrizes clínicas.

##### 2. Indicação

A cirurgia da próstata é indicada para pacientes com sintomas urinários moderados a graves que apresentam indicações absolutas de cirurgia ou alívio insuficiente dos sintomas após tratamentos conservadores/medicamentosos.

Indicações:

- Retenção urinária recorrente ou refratária.
- Incontinência por transbordamento.
- Infecções recorrentes do trato urinário.
- Cálculos ou divertículos na bexiga.
- Hematúria macroscópica devido a HPB.
- Dilatação do trato urinário superior devido a HPB, com ou sem insuficiência renal.

##### 3. Critérios Específicos por Técnica:

###### a) Ressecção Transuretral da Próstata - RTU

- Código TUSS: 31201130 - Ressecção Endoscópica da Próstata.

Indicação:

- Próstatas > 50g.

###### b) Vaporização Transuretral da Próstata ou Fotovaporização (PVP, TURP a laser – Rezum e GreenLight)

- Código TUSS: 31201059 - Eletrovaporização da próstata.

Indicações:

- Tamanho da próstata  $\leq$  100g. e

- Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS)  $\geq$  12.
- c) Enucleação da Próstata a Laser (HoLEP, ThuLEP, GreenLight)
- Códigos associados para Autorização (por não possuir código TUSS específico na Diretriz de Utilização da ANS):
  - 31201130 - Ressecção Endoscópica da Próstata; e
  - 31201016 - Ablação a Laser.
  - Indicações:
  - Tamanho da próstata > 100g. ou
  - Pacientes em uso contínuo de anticoagulação ou terapia antiplaquetária.
4. Documentação
- Relatório médico contendo:
  - Diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).
  - Detalhamento dos sintomas do trato urinário inferior e seu impacto na qualidade de vida.
  - Histórico dos tratamentos conservadores ou medicamentosos prévios, incluindo medicação, dose, tempo de uso e resposta.
  - Confirmação da presença de indicações absolutas para cirurgia, se aplicável.
  - Informação sobre o tamanho da próstata (em gramas).
  - Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS), se aplicável.
  - Informação sobre uso contínuo de anticoagulação ou terapia antiplaquetária, se aplicável.
  - Justificativa para a escolha da técnica cirúrgica proposta, considerando riscos, benefícios e comorbidades do paciente.
5. Observação
- Os casos omissos com relação às técnicas e procedimentos objeto da Norma Complementar serão resolvidos pela Diretoria Executiva Colegiada do Plan-Assiste.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Medicamentos

##### 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios estabelecidos no protocolo de autorização de medicamentos no âmbito do Plan-Assiste, contemplando o uso hospitalar, ambulatorial, bem como a solicitação de medicamentos de alto custo e de uso contínuo.

##### 2. Critérios para Autorização para Assistência Médica-hospitalar:

###### 2.1 Durante Internação Hospitalar ou Domiciliar

- Medicamentos administrados conforme prescrição do profissional assistente.
- Indicação em conformidade com o registro da ANVISA (constar em bula).
- Medicamentos quimioterápicos antineoplásicos, adjuvantes ou para controle de efeitos adversos do tratamento de câncer.
- Medicamentos antineoplásicos ou com valor acima de R\$ 1.000,00 necessitam autorização e perícia médica.

###### 2.2. Ambulatorial

- Medicamentos previstos no Rol da ANS e que atendem aos critérios da DUT.
- Antineoplásico oral – conforme DUT 64.
- Imunobiológico – conforme DUT 65.
- Antibiótico EV ou IM sem alternativa oral.

###### 2.3. Quando Não Atende aos Critérios da Assistência Médica-Hospitalar

- Avaliar enquadramento como medicamento de Alto Custo ou de Uso Contínuo.

##### 3. Critérios – Medicamentos de Alto Custo

- Valor mensal igual ou superior a um salário mínimo.
- Medicamento alopático prescrito por médico ou odontólogo, não coberto pela assistência médica-hospitalar.
- Registro na ANVISA e indicação em bula.
- Não fornecido pelo SUS (Farmácia Popular ou RENAME), ou indisponibilidade comprovada.
- Não se enquadrar nas proibições da Norma Complementar (ex: cosméticos, dietéticos, fertilidade, disfunção erétil, sais minerais e vitaminas não essenciais).

##### 4. Critérios – Medicamentos de Uso Contínuo

- Tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas.
- Medicamento alopático prescrito por médico ou odontólogo.
- Registro na ANVISA e indicação em bula.
- Não fornecido pelo SUS (incluindo RENAME) ou indisponibilidade comprovada.
- Não se enquadrar nas proibições da Norma Complementar (ex: cosméticos, dietéticos, fertilidade, disfunção erétil, sais minerais e vitaminas não essenciais).

##### 5. Orientações de Faturamento

- Verificar prescrição médica e checagem da enfermagem – ausência implica glosa.

- Avaliar se a medicação é fracionada e calcular a quantidade efetivamente prescrita.
- Usar referência da Brasíndice – PMC regional.
- Para medicamentos de uso restrito hospitalar, usar PF da região e aplicar taxa (até 38,24%) somente quando previsto em contrato e uso for comprovado.
- Medicamentos com valor > R\$ 1.000,00 exigem autorização prévia.
- Dietas: utilizar referência da Revista Simpro; não cabe aplicação de taxa de uso hospitalar; valores devem ser negociados conforme pesquisa de mercado.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Escetamina

##### 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios estabelecidos no protocolo para autorização da escetamina intranasal (Spravato®) no tratamento de pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) grave e resistente ao tratamento instituído.

##### 2. Critérios para Autorização

- Diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior unipolar grave.
- Presença de 8 ou 9 sintomas do DSM-V ou escore  $\geq 20$  no PHQ-9 (Questionário de Saúde do Paciente – Nove Itens).
- Histórico de falha em pelo menos 2 antidepressivos diferentes, em dose e tempo adequados.
- Tratamento com escetamina por via intranasal (Spravato®), conforme registro ANVISA.
- Frequência máxima: 1 aplicação por semana.
- Duração inicial autorizada: até 1 ano, com necessidade de reavaliação para nova autorização.

##### 3. Documentação

- Relatório médico contendo:

- Diagnóstico de depressão maior unipolar.
- Detalhamento de tratamentos medicamentosos prévios (medicação, dose, tempo de uso, substituições e associações).
- Histórico de internações psiquiátricas e de afastamentos do trabalho.
- Gravidade atual: incluindo presença ou ausência de sintomas psicóticos, ideação ou tentativa de suicídio.

##### 4. Restrições e exclusões

- A forma endovenosa (cetamina) não será autorizada por ausência de registro na ANVISA para esta indicação.
- A autorização pode ser por um período intervalar de 1x/semana e a duração do tratamento por um período máximo de 1 ano, quando deverá ser solicitada nova autorização.
- O pagamento de diária tipo hospital-dia não será autorizado, pois o tempo de observação (1,5 a 2h) está incluso na aplicação.
- Recomenda-se negociação prévia dos valores da medicação e da aplicação antes da autorização.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### Cirurgia Robótica

##### 1. Objetivo

Orientar quanto aos critérios de autorização estabelecidos na Norma Complementar, que trata de cirurgia robótica (Robô-Assistida).

##### 2. Indicações

A cobertura de cirurgia robótica será concedida para os seguintes tratamentos, conforme estabelecido em Norma Complementar:

- para os tratamentos de:

- I. adenocarcinoma ductal pancreático;
- II. tumores renais.

- para o procedimento de Nefrectomia parcial robótica fica limitada aos casos de:

- I. massas renais endofíticas que pontuam 3 pontos no domínio “E” do escore de nefrometria (RENAL-NS), e, de forma geral, lesões completamente cobertas por parênquima saudável;
- II. tumores renais hilares;
- III. tumores grandes (cT2-T3);
- IV. tumor em rim único;
- V. tumor local recorrente;
- VI. tumores renais bilaterais simultâneos;

## VII. múltiplos tumores em rim ipsilateral.

## 3. Critérios para Autorização

A Cirurgia Robótica (Robô-Assistida) é um procedimento cirúrgico de alta complexidade, a ser utilizado por via minimamente invasiva, aberta ou combinada, para o tratamento de doenças em que já se tenha comprovado sua eficácia e segurança.

## - Requisitos para o Médico Cirurgião:

- O procedimento robótico só poderá ser realizado por médico que, obrigatoriamente, tenha Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) na área cirúrgica relacionada ao procedimento.

- O cirurgião deve possuir treinamento específico em cirurgia robótica, realizado durante a Residência Médica ou por intermédio de capacitação específica.

- Fase de Treinamento: O cirurgião principal, após completada a etapa básica de capacitação, só poderá realizar cirurgia robótica sob supervisão e orientação de um cirurgião instrutor que tenha realizado, no mínimo, 50 cirurgias robóticas na condição de cirurgião principal.

- Autonomia: O cirurgião principal somente terá autonomia para realizar cirurgia robótica sem a participação do cirurgião instrutor após comprovar conclusão e aprovação no treinamento com cirurgião instrutor, tendo realizado um mínimo de 10 cirurgias robóticas.

## - Requisitos para o Hospital:

- As cirurgias robóticas, obrigatoriamente, devem ser realizadas em hospitais que atendam às normas vigentes de funcionamento para a realização de procedimentos de alta complexidade, previstas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

## 3. Documentação

Para a autorização do procedimento, a seguinte documentação é obrigatória:

- Relatório médico detalhado: Justificando a indicação da cirurgia robótica para o tratamento da doença específica, com base na comprovação de eficácia e segurança.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Elaborado pelo médico responsável, informando o paciente sobre os riscos e benefícios do procedimento de alta complexidade.

- Comprovação da Qualificação do Cirurgião:

- Cópia do Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no CRM na área cirúrgica.

- Comprovação de treinamento específico em cirurgia robótica (durante Residência Médica ou capacitação específica).

- Para cirurgiões em fase de treinamento, comprovação da supervisão e orientação de um cirurgião instrutor qualificado.

- O diretor técnico do hospital onde será realizada a cirurgia robótica é o responsável por conferir a documentação que garante a capacitação e competência do cirurgião principal, do cirurgião-instrutor em cirurgia robótica e dos demais médicos membros da equipe.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

## Enfermeiro Obstetra

## 1. Objetivo

Orientar quanto à aplicação dos critérios de autorização estabelecidos no protocolo da atuação de enfermeiros obstetras no acompanhamento do pré-natal, trabalho de parto e parto vaginal de gestantes de baixo risco.

## 2. Critérios para Autorização

## 2.1 Pré-Natal de Baixo Risco

- Realização por profissional com título de especialista em Enfermagem Obstétrica registrado no COREN.

- Encaminhamento pelo médico obstetra com relatório médico circunstanciado.

- Renovação da autorização a cada 3 consultas.

- Máximo de 6 consultas de pré-natal e 2 de puerpério com enfermeiro obstetra.

- Ausência de condições clínicas que caracterizam gravidez de alto risco.

## 2.2 Assistência ao Trabalho de Parto/Parto Vaginal

- Realização por profissional com título de especialista em Enfermagem Obstétrica registrado no COREN.

- Gestação classificada como de baixo risco.

- Ausência de distócia.

- Duração mínima de 1 hora e máxima de 6 horas.

- Obrigatória apresentação de partograma.

- Relatório médico informando a assistência prestada pelo enfermeiro obstetra.

## 3. Diretrizes de Remuneração

## 3.1 Assistência ao Trabalho de Parto

- Aplicação do código 31309038 – Assistência ao trabalho de parto, por hora (até 6h), apenas quando o período for superior a 1 hora.

- Em caso de assistência compartilhada, a remuneração será proporcional ao tempo efetivamente prestado por cada profissional.
  - Caso o parto ocorra na primeira hora de assistência, não há pagamento do código de assistência.
- 3.2 Realização do Parto Vaginal
- Aplicação do código 31309127 – Parto via vaginal, para parto realizado por enfermeiro obstetra.
  - O auxiliar de parto poderá ser remunerado, se indicado em relatório médico detalhado.
- 3.3 Consultas de Pré-Natal e Puerpério
- Pagamento condicionado à apresentação de:
- Solicitação do médico assistente.
  - Guia assinada pelo enfermeiro obstetra com título de especialista.
  - Cartão da Gestante com registro da consulta.
- 3.4 Observações Complementares
- O parto deve ocorrer em ambiente hospitalar.
  - Não será autorizada cobertura para partos domiciliares.



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social

#### FERINJECT® e outras Formas Venosas de Reposição de Ferro

##### 1. Objetivo

Definir critérios técnicos para a autorização do uso do Ferinject® (carboximaltase férrica) e de outras formulações intravenosas de ferro no tratamento da anemia.

##### 2. Indicação Clínica

Primeira linha de tratamento: ferro oral (sulfato ferroso), salvo contraindicações.

Indicação do ferro intravenoso: apenas quando houver falha terapêutica, intolerância absoluta ao ferro oral ou condições clínicas específicas. A cobertura será concedida apenas em anemia grave com Hb < 7 g/dL, da seguinte forma:

##### 2.1 Critérios para Autorização do Ferinject®

- Doença renal crônica;
- Perda sanguínea contínua; e
- Anemia refratária após 8 semanas de ferro via oral.

Contraindicações do Ferinject:

- Doença inflamatória intestinal;
- Cirurgia bariátrica prévia;
- Excesso de álcool; e
- Trauma, sepse, diabetes ou ingestão oral gravemente prejudicada.

##### 2.2. Critérios para Autorização de outras Formas de Ferro Venoso

- Todas as indicações do Ferinject®;
- Doença inflamatória intestinal;
- Alterações anatômicas do trato gastrointestinal que prejudiquem absorção;
- Pacientes que tenham realizado cirurgia gástrica; e
- Intolerância absoluta ao ferro oral (náuseas ou vômitos incoercíveis).

##### 3. Documentação Exigida

- Laudo médico detalhado descrevendo quadro clínico, tentativas de ferro oral (apresentações, doses e tempo de uso);
- Hemograma recente (últimos 30 dias) com Hb < 7 g/dL;
- Exames complementares das comorbidades do paciente;
- Declaração médica atestando ausência de contraindicação ao ferro venoso.

##### 4. Restrições e Exclusões

- Ausência de Anemia: A reposição de ferro, seja oral ou venosa, não será autorizada na ausência de anemia e/ou redução de ferro sérico comprovada, mesmo em pacientes com sintomas clássicos de deficiência de ferro.
- Nível de Hemoglobina: O ferro intravenoso, incluindo o Ferinject®, não será autorizado caso o hemograma recente não ateste um nível de hemoglobina < 7 g/dL.

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº 2/DEPAM/SEPLAN, DE 12 DE SETEMBRO DE 2025.

A DIRETORA EXECUTIVA DA SECRETARIA DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 57, §§2º e 8º, combinado com o art. 59, inciso V, todos do Regulamento Geral do Plan-Assiste, ouvida a Diretoria Executiva Colegiada, resolve:

Art. 1º Orientar as Diretorias Nacionais, Diretorias e Coordenadoria Regionais e Gerências e Núcleos Estaduais do Plan-Assiste a observar o disposto nesta Instrução de Serviço.

Art. 2º Esta Instrução de Serviço tem como objetivo estabelecer orientações para a Auditoria de Contas avaliar durante a análise e execução do pagamento, conforme anexo.

Art. 3º Esta Instrução de Serviço entra em vigor na data da sua publicação.

SONIA MARCIA FERNANDES AMARAL  
Diretora Executiva do Plan-Assiste/MPU

ALEXANDRE TEIXEIRA DE OLIVEIRA  
Diretor de Saúde e Assistência

SANDRA PEREIRA CARRIJO  
Diretora de Saúde



Ministério Público da União  
Programa de Saúde e Assistência Social  
Protocolo de Auditoria de Contas

### 1. Objetivo

Estabelecer orientações para a Auditoria de Contas do Plan-Assiste.

### 2. Critérios de Avaliação e Pagamento

#### a) Não Cabe Pagamento:

##### Eventos:

Sem autorização ou sem perícia nos casos exigidos (conforme termo de credenciamento ou Norma Complementar sobre o tema).

Sem comprovação da realização (laudos de exames, evolução de enfermagem, descrição cirúrgica ou boletim anestésico, lacre de materiais, etc.).

##### Taxas e Adicionais:

Horário especial, dobras (xhtm) ou qualquer outro adicional sobre taxas.

Dobras (xhtm) aos procedimentos realizados em PS.

Refeição para acompanhante no pronto socorro, independente da condição do paciente (menor, idoso ou PCD), pois é pertinente somente na internação.

Taxa de sala para medicamentos em Pronto Socorro ou taxa de sala de emergência, quando já houver sido paga taxa de sala de observação.

Taxas para uso de pacote de curativo e bandejas, aspirador, monitor, oxímetro, capnógrafo, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, cardiocógrafa, monitorização de glicose, desfibrilador, cadeira de rodas e colchão de água.

Ar comprimido para nebulização.

Taxa de nebulização para aplicação de medicações como aerolyn ou similares.

Anestesiista, auxiliar ou instrumentador quando for aplicado o código 0.02.01.0009 - Taxa de pequeno ato médico fora do centro cirúrgico ou equivalente.

Adicional para isolamento em qualquer tipo de acomodação ou mesmo PS, quando tiver acordado códigos específicos para diárias de isolamento.

Horário especial para cirurgias eletivas, ainda que realizadas após as 19h, sábado, domingo ou feriado.

Antibioticoterapia, Imunoglobulina, Quimioterápico em Pronto Socorro, com exceção se o paciente for encaminhado para internação, comprovado quando houver solicitação de internação pelo médico assistente e registro de encaminhamento pela enfermagem.

Dois códigos referentes a taxa de sala de Quimioterapia (QT) para uma mesma aplicação (observar se o honorário pago é referente ao planejamento ou dia subsequente).

TUE - Taxa de Uso de Equipamento, considerando que a tabela adotada pelo programa contempla a UCO para a mesma finalidade.

Taxa de uso restrito hospitalar para dietas.

Preparo e manipulação das dietas.

Taxas adicionais relativas às atividades de enfermagem, tais como taxa de injeção, instalação de soro, etc, quando for realizado cobrança da taxa de sala de observação ou diárias hospitalares.

Taxas de equipamentos especiais - tais como: taxa de Eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, cardiocógrafa e desfibrilador; Monitor, Oxímetro, Capnógrafo; Aspirador; Pacote de curativo e Bandejas - quando for realizado cobrança de taxa de PS, UCO relacionada, taxa de sala de observação ou diárias.

Materiais Permanentes e Itens Inclusos em Diárias e Taxas:

Espaçador para aerolyn para pacientes acima de 6 anos.

Extensor para nebulização.

Equipos de bomba de infusão para antibioticoterapia, não será pago pois não há indicação para uso na bula da medicação.

Dispositivo de segurança dos perfurocortantes.

Dosador para medicação, copos descartáveis, bolinha de algodão.

EPI e paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luva, capote) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente.

Materiais com dispositivo de segurança (sugere-se negociar e aplicar o valor do material sem o dispositivo de segurança, conforme NR 32).

Rouparia, lençol e toalha descartável.

Materiais de higiene pessoal: absorvente higiênico, lâmina para tricotomia, haste flexível (cotonete), enxaguante bucal.

Materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente: álcool, clorexidina, Clorohex (Spray Antisséptico), água oxigenada, detergente enzimático.

Materiais reusáveis ou de uso comum: bolsa de água quente, borracha/extensor para aspirador, termômetro, oxímetro, comadres e papagaios.

Bolinhas de algodão, eletrodo, comb red, gel para lubrificação, pas para DEA (desfibrilador), sensor de oximetria.

Aconchego, aquecedor, bacia plástica, band-aid, blusas descartáveis, bom ar, bomba para ordenha, borracha de silicone, cabo bipolar, cadeira de apoio para banho, calçados ortopédicos, camisa para micro câmera, campo cirúrgico (operatório) descartável, caneta para bisturi descartável, cânula de Guedel, capa para microscópio, chuca/chupeta, cidex, cinta ou colete lombar, cobre corpo (incluso na taxa de necrotério), combi-red (tampa para soro), compressa cirúrgica, conexão para aspiração, bomba e pressão, conector, creme dental, Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool rodado, despesa de frigobar, dispositivo anti-trombolítico, escova de degermação, escova de dente, espéculo descartável, esponja para banho, estabilizador de tornozelo, éter benzina e tintura de iodo, faixa elástica pós-operatória (SMARCH?), filme endoscópio, filtro respirador, Fiso-Hex, povidine, fixador de tubo traqueal, fixador externo, formol, frascos para exame, gaze radiopaca, gel para biométrica, gerador de tecnécio, Germipol, gesso sintético, imobilizador, látex extensor de O2, luva para aparelho de laparoscopia, manteiga de cacau, máscara laringea, material de banho do RN, meia elástica, meia, cinta, atadura e calça elástica, mercúrio de prata, micro por espaçador, muletas, pijama descartável, plug adaptador macho, sabonete, sandália para gesso, sandálias para gesso e palmilha para calcâneo, sensor infantil neonatal, sensor para oxímetro, seringa preenchida, tapoin, termômetros, tipoias, toalha descartável, redutor trocater, esparadrapo, micropore, tampa cone Luer.

Exceções para Pagamento de Materiais:

Cotonete: Pagar apenas para oftalmologia.

Cotonóide: Pagar apenas para neurologia.

Fraldas: Apenas quando justificado pela condição do paciente na evolução da enfermagem (em geral até 5/dia para paciente internado).

Luvas Cirúrgicas: Um par para cada membro da equipe responsável pelo procedimento, permitindo um segundo par adicional quando o tempo cirúrgico (comprovado no boletim anestésico e descrição cirúrgica) for superior a seis horas de duração.

b) Cabe Pagamento Conforme Critérios Específicos:

Instrumentador: Embora não caiba pagamento, enquanto estiver na tabela de taxas e diárias do Plan-Assiste MPU, pagar conforme tabela. Não cabe pagamento de dobras ou horário especial.

Visitas Médicas:

Paciente Cirúrgico: No período de 10 dias após a cirurgia, não há pagamento de visita. Após esse período, poderá haver 1x/dia até o 15º dia e, a partir daí, até 3x/semana. Visita no período de 10 dias, realizada por outro médico que não a equipe responsável, pode ser entendida como parecer de especialista (se houver solicitação e justificativa do cirurgião, e comprovação de acompanhamento concomitante e não transferência de responsabilidade).

Paciente Não Cirúrgico: Seguem a regra de uma visita médica por dia ou até 3x/semana em caso de paciente crônico. Parecer de outro especialista exige pedido médico e justificativa registrada em prontuário.

Todas as visitas estão condicionadas à evolução no prontuário.

Dobras (xTHM) podem ser aplicadas conforme regra de tabela (valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, em casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em "hospital-dia" ou UTI), exceto para atos médicos do Capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos). Jamais é cabível o pagamento de horário especial.

Plantonistas: Inclusos nas diárias, não devendo ser pagos separadamente (cabe pagamento apenas para diaristas).

Polifix 2 Vias: Pagar somente quando houver infusão concomitante de medicamentos e com volume maior que 100 ml.

Torneira three hart e torneirinha 3 vias: Pagar somente em UTI quando houver infusão de múltiplos medicamentos.

Curativo preventivo: Pagar somente quando o paciente pontuar de 6 a 9 na escala de Braden (muito alto risco) e apresentar condição de imobilidade com impossibilidade de reposicionamento/mudança de decúbito realizado pela equipe, ou ainda quando já apresentar lesão por pressão, devendo estar o motivo registrado na evolução de enfermagem.

Pontos	1	2	3	4
<b>Percepção Sensorial</b>	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
<b>Umidade</b>	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
<b>Atividade</b>	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
<b>Mobilidade</b>	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
<b>Nutrição</b>	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
<b>Fricção e Cisalhamento</b>	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema	-
<b>Risco Muito Alto</b>			<b>6 a 9 pontos</b>	
<b>Risco Alto</b>			<b>10 a 12 pontos</b>	
<b>Risco Moderado</b>			<b>13 a 14 pontos</b>	
<b>Risco Leve</b>			<b>15 a 18 pontos</b>	

**Figura 2.** Escala de Braden (Fatores de risco para Lesão por Pressão) – versão resumida.  
**Fonte:** Paranhos (1999).

Colchão casca de ovo: Pagar quando paciente pontuar como risco muito alto na escala de Braden e quando o reposicionamento manual frequente não é possível (registrado na evolução de enfermagem). Pagar apenas 1 por paciente durante toda a internação, independente do tempo.

Manta para aquecimento: Pagar apenas nas seguintes situações:

Cirurgia com duração de mais de 3 horas.

Paciente com idade superior a 70 anos.

Criança menor de 5 anos.

Cirurgia com comprometimento vascular.

Paciente portador de anemia falciforme.

Sensor bis: Pagar nas seguintes situações:

Paciente com escore elevado de risco cirúrgico (estado físico 4 e 5, pela classificação ASA).

Pacientes com proposta de hipotermia intraoperatória cirúrgica e não cirúrgica.

Pacientes obesos (IMC acima de 35).

Cirurgias de monitorização neurológica intraoperatória (tireoide, mastóide, artrodeses, escolioses).

Cirurgias de emergência com instabilidade hemodinâmica.

Cirurgias de grandes variações volêmicas ou instabilidade hemodinâmica.

Cirurgias cardíacas e de carótidas.

Procedimentos de embolização cerebral e vaso carotídeo.

Procedimentos em hepatopatas.

Perneira: Pagar apenas para pacientes com risco de TEV/TEP aumentado e que apresentam contraindicação a profilaxia medicamentosa, ou nas seguintes situações:

Pacientes gestantes em uso prévio de anticoagulantes que tiveram a medicação suspensa para a realização do parto vaginal ou cesáreo, até 12 horas após.

Paciente >40 anos de idade, com pelo menos um fator de risco (no escore de Pádua) e que estejam com mobilidade reduzida (metade do dia sentados ou deitados à beira do leito, excluindo o período do sono) há, no mínimo, 3 dias.

**TABELA 1** ■ Fatores de risco para tromboembolismo venoso em pacientes clínicos hospitalizados, segundo o escore de Pádua.

Neoplasia em atividade	3
TVP ou EP pregressas	3
Mobilidade reduzida	3
Trombofilia conhecida	3
Traumatismo e/ou cirurgia < 30 dias	2
Idade > 70 anos	1
ICC ou insuficiência respiratória	1
IAM ou AVCi	1
Infecção ou distúrbio reumatológico	1
IMC > 30 kg/m <sup>2</sup>	1
Sob tratamento hormonal	1

TVP: trombose venosa profunda; EP: embolia pulmonar; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; IAM: infarto agudo do miocárdio; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; IMC: índice de massa corpórea.

Fonte: adaptada Barbar S et al., 2010.<sup>9</sup>

**TABELA 1** ■ Escala de Caprini para avaliação do risco de tromboembolismo venoso.

1 ponto		2 pontos		5 pontos	
Idade 41 a 60 anos	[ ]	Idade 61 a 74 anos	[ ]	AVC (< 1 mês)	[ ]
Cirurgia maior prévia (< 1 mês)	[ ]	Artroscopia	[ ]	Artroplastia	[ ]
Cirurgia menor	[ ]	Câncer	[ ]	Fratura de quadril/pelve	[ ]
DII	[ ]	Cateter venoso central	[ ]	Politraumatismo	[ ]
Doença pulmonar grave	[ ]	Cirurgia maior (> 45 min)	[ ]	TRM	[ ]
DPOC	[ ]	Imobilização gessada	[ ]		
Edema de MMII	[ ]	Laparoscopia (> 45 min)	[ ]		
Gravidez e pós-parto (< 1 mês)	[ ]	Restrição ao leito (> 72 h)	[ ]		
		3 pontos		Total de pontos	
Hormônio	[ ]	Idade > 75 anos	[ ]		
IAM	[ ]	Anticoagulante lúpico	[ ]		
ICC	[ ]	Anticorpos anticardiolipina	[ ]		
Obesidade	[ ]	Fator V de Leiden	[ ]		
Perda fetal/aborto	[ ]	História familiar de TEV	[ ]		
Restrição ao leito	[ ]	História prévia de TEV	[ ]	[ ]	
Sepse (< 1 mês)	[ ]	Homocisteína elevada	[ ]		
		Protrombina 20210A	[ ]		
Varizes	[ ]	TIH	[ ]		
Outros	[ ]	Outros	[ ]		

DII: doença intestinal inflamatória; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; MMII: membros inferiores; IAM: infarto agudo do miocárdio; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; TEV: tromboembolismo venoso; TIH: trombocitopenia induzida por heparina; AVC: acidente vascular cerebral; TRM: traumatismo raquimedular.

Fonte: adaptada de Caprini JA, 2010.<sup>13</sup>

Transofix: Pagar somente para lavagem de cavidades em procedimentos cirúrgicos e curativos complexos que necessitem de um volume grande de irrigação.

Nutrólogo na internação:

Realizar o pagamento do honorário somente quando o paciente estiver com dieta NPT (parenteral).

Demais dietas não paga, pois o custo já está previsto na consulta para o nutricionista ou prescrição do médico assistente.

Poderá ser autorizado 1 avaliação por dia, até o 10º dia. A partir de então, até 2 vezes por semana.

Fonoaudiologia na internação: Apenas quando o paciente apresentar alteração na deglutição.

Taxa de registro e expediente em PS:

Taxa de registro e Expediente em Pronto Socorro (PS), quando o atendimento for exclusivamente para consulta médica e nebulizações subsequentes no mesmo paciente

Apenas quando houver outros procedimentos realizados no PS, além de consulta e nebulizações.

Será paga apenas 1 vez por paciente por data.

Para o pagamento, é necessária a guia com a assinatura do médico e do beneficiário e a prescrição médica para o procedimento que justifique o pagamento da taxa.

Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados; na falta do mesmo, não caberá pagamento.

Sobre a taxa, não cabe o pagamento de horário especial, dobras ou qualquer outro adicional.

Consulta em pronto socorro:

Para o pagamento, é necessária a guia com a assinatura do médico e do beneficiário.

O horário especial será pago apenas em casos de urgência e emergência nos horários definidos na tabela (conforme TABJUDMPU ref 2024, de 19h às 7h e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados).

O horário especial é aplicado apenas às consultas e outros honorários médicos; em nenhuma situação devem ser aplicadas dobras (xhtm) aos procedimentos realizados em PS.

Será paga apenas 1 consulta em PS por paciente por data.

Não cabe o pagamento de consulta para revisão de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, retirada de pontos, retirada de gesso e outros.

Não cabe o pagamento concomitante de consulta e de códigos cirúrgicos para honorário médico.

Em situações em que houver pedido de parecer de outra especialidade, caberá o pagamento do código de parecer.

Para pacientes que retornam no mesmo dia ou em período subsequente com queixas relacionadas à patologia inicial, não será remunerada uma nova consulta nem será cobrada uma nova taxa de registro. Esta regra também se aplica em caso de mudança de plantão.

Se houver justificativa técnica para a reconsulta no retorno ao Pronto-Socorro no mesmo dia (como agravamento do quadro clínico, necessidade de consulta com outra especialidade, entre outros), será devido o pagamento da consulta e da taxa de registro, caso haja a realização de procedimentos.

Taxa de sala de observação:

Apenas quando houver necessidade de observação médica e de enfermagem registradas na evolução.

Quando houver prescrição de medicamentos, só é cabível o pagamento quando for prescrita a infusão de medicamentos endovenosa (EV) com volume superior a 100ml.

Para o pagamento, é necessário apresentar a evolução de enfermagem evidenciando o horário de admissão e alta do paciente e os procedimentos realizados.

Conforme a tabela de taxas e diárias da TABJUDMPU, a taxa é paga pelo período, havendo um valor único para a permanência de até 6h. A partir de 6 horas, é cobrado por cada hora (R\$9,47) até 12 horas, quando o paciente pode ir para a internação.

Não será aplicada quando:

Houver somente a consulta médica.

Para procedimentos de enfermagem ambulatoriais (Ex: curativos, troca de sondas, aplicação de medicamentos oral ou IM, lavagem gástrica, entre outros).

Para Quimioterapia.

Para pacientes que estão aguardando resultado de exames e para pacientes que evoluírem para internação e não tenham feito uso de medicação.

Recomenda-se acordar com os prestadores que, quando for realizado o pagamento da taxa sala de observação, não serão pagas as outras taxas de atividades de enfermagem (taxa de injeção, instalação de soro, etc.), pois a taxa de sala contempla a utilização de recursos e insumos essenciais.

Day clinic:

Não há previsão para Day Clinic na emergência (reservado para pequenos procedimentos cirúrgicos, observação até 12 horas; não pago para exames como endoscopia/colonoscopia, nem no PS).

Após o período de 12h, caberá o pagamento de uma diária de alojamento conjunto (não há previsão contratual para internação em enfermaria; pagamento de apartamento tipo B somente com acomodação de fato nesse tipo).

Taxa de gesso ou taxa de sala de gesso:

Será paga em caso de colocação de gesso.

Para o pagamento, é necessário o pedido médico assinado e carimbado ou com assinatura digital que indique o número do CRM.

NÃO será remunerada quando:

Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas.

Procedimentos de imobilização provisória ou não gessada (enfaixamentos), típoias.

Não cabe o pagamento da taxa de serra elétrica para retirada de gesso.

Recomenda-se o não pagamento da taxa de retirada do gesso ou não gessada (sugere-se exclusão desses itens na tabela).

Taxa de imobilização provisória ou não gessada:

Para o pagamento, é necessária a prescrição médica.

Não será remunerada a taxa de retirada da imobilização provisória (sugere-se exclusão desses itens na tabela).

Taxa de instalação de soro com equipamento:

Para o pagamento, é necessária a apresentação da prescrição médica, da evolução e checagem pela enfermagem.

Deve ser cobrada somente na instalação do primeiro soro (apenas uma taxa por paciente).

Sugere-se o não pagamento concomitante com a taxa de qualquer tipo de sala (observação, pequeno ato, etc.), pois se entende que está inclusa nos serviços de enfermagem que compõem a taxa de sala.

Taxa de injeção:

Pagamento realizado em Ambulatório ou Pronto Socorro.

Pagamento por aplicação. Para medicações EV, paga-se apenas uma vez, independente da quantidade de drogas infundidas. Para medicações IM, paga-se por aplicação.

Sugere-se o não pagamento:

Da taxa de injeção para medicação EV, quando houver o pagamento da taxa de instalação de soro.

Concomitante com a taxa de qualquer tipo de sala (observação, pequeno ato, ou diária de internação etc.), pois se entende que está inclusa nos serviços de enfermagem que compõem a sala.

Para o pagamento, é necessária a apresentação da prescrição médica, da evolução e checagem da enfermagem.

Taxa de sondagem gástrica, retal e vesical:

Para o pagamento, é necessária a prescrição médica, evolução e checagem de enfermagem.

Taxa de lavagem gástrica, lavagem intestinal, lavagem e aspiração traqueal:

Visa cobrir os gastos com a passagem da sonda.

Esvaziamento manual de megacólon:

Para pagamento, deve ser apresentada a prescrição médica, a evolução e checagem da enfermagem. Pago por sessão.

Referencial para cobrança de medicamentos:

Atrovent e Berotec: Será pago em ml, considerando 20 gt (vinte gotas) = 01 (um) mililitro.

Xylocaina líquida: Será pago por ml.

Xylocaina gel: Será pago em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 gr (dez gramas) e a sondagem vesical masculina = 20 gr (vinte gramas).

Antineoplásicos: Conforme ANVISA, fica definido o fracionamento de medicamentos, que deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento será proporcional à quantidade fracionada, utilizada.

Cateter venoso central de curta permanência (tipo Intracath®)	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação médica, apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Não realizar troca préprogramada dos cateteres centrais.
Cateter Venoso Central de Longa Permanência Semi-Implantável ou Tunelizado	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Sem indicação de troca programada, podendo permanecer por meses e anos.
Cateter Venoso Central de Longa Permanência Semi-Implantável ou Tunelizado	Uso individual. Deverá ser retirado assim que terminar sua indicação apresentar mau funcionamento ou sinais sugestivos de infecção. Sem indicação de troca programada, podendo permanecer por meses e anos.
Cateter nasal tipo óculos	Uso individual. <b>Trocar a cada 7 dias</b> no mesmo paciente ou em período inferior, quando na presença de sujidade visível ou mau funcionamento.
Cateter umbilical	Uso individual <b>Arterial: 5 dias Venoso: 7 a 14 dias</b>
Conectores sem agulha, dânuas/torneirinhas	Uso individual. Trocar os conectores junto com o sistema de infusão.
Cateteres arteriais periféricos e dispositivos de monitoramento de pressão (P.A.M)	Uso individual. Não trocar rotineiramente os cateteres arteriais periféricos. Utilizar transdutores descartáveis para a monitorização da pressão arterial invasiva. Trocar esses transdutores a cada 96 horas, juntamente com os seus acessórios e soluções para flush.

### 3. Documentação

A documentação essencial para a análise e execução do pagamento inclui, mas não se limita a:

Prescrição Médica: Com assinatura, carimbo ou assinatura digital e número do CRM do médico.

Evolução e Checagem de Enfermagem: Detalhando os procedimentos realizados e o acompanhamento do paciente.

Guia de Atendimento: Com assinatura do médico e do beneficiário, quando aplicável.

Laudos de Exames: Para comprovação da realização de procedimentos diagnósticos.

Descrição Cirúrgica ou Boletim Anestésico: Para comprovação de procedimentos cirúrgicos e seus detalhes (e.g., tempo cirúrgico

para luvas).

Lacre de Materiais: Quando exigido para comprovação de uso.

Registro de Horários: Admissão e alta do paciente em prontuário ou guia de atendimento para taxas de permanência (e.g., Sala de Observação, Taxa de Registro e Expediente em PS).

Justificativa Técnica: Para reconsultas, pareceres de especialistas, uso de fraldas ou outras condições específicas que demandem pagamento diferenciado.

### 5. Considerações Finais

Este Protocolo visa orientar e padronizar os procedimentos de auditoria de contas do Plan-Assiste, garantindo a transparência, a equidade e a conformidade com a legislação vigente e as normas do CFM e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A efetividade das presentes orientações depende da observância por todas as Diretorias Nacionais, Diretorias e Coordenadorias Regionais e Gerências e Núcleos Estaduais do Plan-Assiste.

**EXPEDIENTE**

**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL  
SECRETARIA GERAL  
SECRETARIA JURÍDICA E DE DOCUMENTAÇÃO**

**Boletim de Serviço do Ministério Público da União Nº 41/2025**

**SAF/SUL QUADRA 04 LOTE 03  
CEP: 70050-900 – Brasília/DF**

**Telefone: (61) 3105.5916  
E-mail: pgr-publica@ mpf.mp.br**

**Responsáveis:**

**Guilherme Rafael Alves Vargas  
Coordenador de Tratamento, Editoração e Publicação**