

Alterações:

Alterado o inciso IV do art. 5º pela IN [042/05](#)

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 032/04 – PR, de 31 de maio de 2004.

Publicada no DOE em 1º/07/04, vigência a partir de 31/05/04.

Institui critérios para os procedimentos de indicação, realização, acompanhamento e remuneração da cirurgia bariátrica.

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO -, no uso de suas atribuições legais, considerando que a cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida que somente pode ser realizado em hospital credenciado junto ao IPASGO, após prévia análise e específica autorização da Diretoria de Assistência,

considerando a necessidade de normatizar e fixar critérios na indicação, acompanhamento e remuneração do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida (cirurgia bariátrica), pelo Plano Ipasgo Saúde,

considerando a necessidade de atendimento às normas do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ -, resolve editar a seguinte

#### INSTRUÇÃO NORMATIVA:

Art. 1º O procedimento para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, denominado cirurgia bariátrica, para os segurados do Plano Ipasgo Saúde somente pode ser autorizado e realizado segundo as determinações contidas nesta Instrução Normativa .

Parágrafo único. A cirurgia bariátrica constitui procedimento eletivo, e somente pode ser realizado em hospital credenciado junto ao IPASGO, com a cobertura do Plano, quando o estabelecimento prestador possuir:

I - Equipe Multiprofissional, composta pelos seguintes profissionais:

a) Coordenador Médico credenciado junto ao IPASGO, que seja Cirurgião Digestivo ou Cirurgião Geral com certificado de habilitação emitido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica;

b) médico Endocrinologista;

c) psicólogo;

d) nutricionista;

e) enfermeiro.

II - unidade de Terapia Intensiva;

III - ambulatório específico de avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-operatório;

IV - rotinas escritas de funcionamento que contemplem os seguintes procedimentos:

a) médico-cirúrgicos;

- a) enfermagem;
- b) suporte nutricional;
- c) controle de infecção;
- d) acompanhamento ambulatorial pós-operatório.

Art. 2º A cirurgia bariátrica será autorizada exclusivamente por via aberta, mediante solicitação específica do médico assistente, em pacientes com as seguintes características:

I - possuam idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos completos;

II - sejam portadores de obesidade de grandes proporções há pelo menos 2 (dois) anos, com índice de massa corporal superior a 40 Kg/m<sup>2</sup>, comprovadamente resistente a outros tratamentos conservadores;

III - portadores de obesidade com índice de massa corporal superior a 35 Kg/m<sup>2</sup> que apresentem pelo menos uma das seguintes co-morbidades:

- a) diabetes mellitus;
- b) hipertensão arterial;
- c) artropatias;
- d) hérnia discal;
- e) apnéia do sono.

Art. 3º Conforme orientações expedidas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, é contra indicada, a realização da cirurgia bariátrica, aos pacientes portadores de patologias endócrinas específicas, transtornos mentais, cirrose hepática, cardiopatias graves, pneumonias crônicas e insuficiência renal crônica, vedada, nesses casos, a cobertura pelo Ipagso Saúde.

Art. 4º Serão autorizados, além dos materiais e medicamentos habituais a cirurgias de porte similar, somente os seguintes materiais especiais, nos códigos e nas quantidades indicadas:

I - código 3702-8 – 01 (um) Kit Grampeador Linear mais três cargas, com valor de R\$1.795,00 (mil setecentos e noventa e cinco reais);

II - código 5445-3 – 01 (um) anel de contenção, no valor de R\$60,00 (sessenta reais);

III - código 5446-1 – 01 (uma) Sonda de Fouchet, no valor de R\$20,00 (vinte reais).

Art. 5º A autorização de todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia bariátrica deve ser feita com utilização do Código Único: 43.02.100-0 - Cirurgia da Obesidade Mórbida, com as seguintes características:

I - honorários do cirurgião: 2.700 CH, acrescidos de 50% (cinquenta por cento) se a cirurgia for realizada em optantes do Plano Especial que tenham cumprido os prazos de carência a que estão sujeitos;

II - honorários do Primeiro Auxiliar: 30% (trinta por cento) dos honorários do Cirurgião;

III - honorários do Segundo Auxiliar: 20% (vinte por cento) dos honorários do

Cirurgião;  
IV - Porte Anestésico 5 (cinco).

Art.6º A cirurgia bariátrica requer agendamento prévio, autorização inicial e final e, ainda, acompanhamento pós-operatório, devendo ser observados, sucessivamente, os seguintes procedimentos:

I - preenchimento, pelo médico assistente, no que lhe couber, da Ficha de Avaliação e Acompanhamento da Obesidade Mórbida, conforme modelo constante no anexo único desta instrução e de justificativas dos demais profissionais relacionados no inciso I do parágrafo único do art. 1º;

II - encaminhamento do paciente ao Núcleo de Obesidade Mórbida da Auditoria Médica do IPASGO para perícia inicial, a ser realizada por um dos Médicos Auditores designados pelo chefe do setor, e por Auditor Nutricionista, que deverá preencher a Ficha de Avaliação e Acompanhamento da Obesidade Mórbida, que agendarão a cirurgia após atendidas as exigências constantes dos arts.1º e 2º desta Instrução (a cirurgia será agendada pelos auditores designados pela Gerência Médica);

III - solicitação pelo médico assistente, em formulário próprio, após o agendamento e na semana prevista para realização da cirurgia, utilizando o Código Único: 43.02.100-0 - Cirurgia da Obesidade Mórbida, devendo constar a história e quadro clínico, índice de massa corporal atual, refratariedade aos tratamentos convencionais, presença ou não de comorbidades e plano terapêutico;

IV - novo encaminhamento do segurado ao Núcleo de Obesidade Mórbida, da Auditoria Médica do IPASGO, para perícia final, a ser realizada por um dos Médicos Auditores designados e Auditor Nutricionista, quando será preenchida a Ficha de Avaliação e Acompanhamento da Obesidade Mórbida, ocasião em que, mantidos os critérios constantes nos arts.1º e 2º desta Instrução, os auditores farão a autorização inicial para a cirurgia;

V - concedida a autorização inicial o paciente será encaminhado à Gerência Médica e à Diretoria de Assistência, para autorização final e conjunta dos respectivos titulares;

VI - acompanhamento do pós-operatório pelo Núcleo de Obesidade Mórbida da Auditoria Médica do IPASGO, com visitas domiciliares ao paciente, realizadas nos intervalos de 30 (trinta), 90 (noventa), 180 (cento e oitenta), e 360 (trezentos e sessenta) dias após a cirurgia, quando deverão ser preenchidas as Fichas de Avaliação de Acompanhamento da Obesidade Mórbida, conforme modelo constante do anexo desta instrução, em ordem seqüencial (parte I, II, III, IV e V).

Parágrafo único. Todos os dados obtidos no preenchimento das fichas de Avaliação de que trata este artigo deverão ser submetidos à apreciação da Diretoria de Assistência do Instituto, para fins de conhecimento, registro e controle em arquivo do Núcleo de Obesidade Mórbida.

Art. 7º Não será permitido ao credenciado a cobrança de valores a qualquer título, do segurado do Ipasgo Saúde, durante o período de internação, seja de honorários médicos, diárias, taxas, exames complementares, materiais ou medicamentos.

Parágrafo único. O IPASGO não se responsabiliza por nenhuma espécie de acordo realizado entre médico e paciente para procedimentos, acomodações ou materiais que não estejam previstos nos serviços credenciados ou na cobertura da modalidade do Plano Ipasgo Saúde escolhida e paga pelo segurado.

Art. 8º Fica criado o Núcleo de Obesidade Mórbida, no âmbito da Diretoria de Assistência, ficando a mesma, autorizada a baixar os atos complementares à execução dos procedimentos previstos nesta Instrução.

Art. 9º Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua assinatura.

GABINETE DO PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO -, em Goiânia, aos 31 dias do mês de maio de 2004.

WANDERLEY PIMENTA BORGES  
Presidente

Anexo Instrução Normativa Nº 032/04-PR

FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO  
DA OBESIDADE MÓRBIDA

PARTE I

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Nº Matrícula: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Peso: \_\_\_ Kg Altura: \_\_\_ cm IMC: \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Tempo de Duração da Obesidade: \_\_\_\_\_ anos

Tratamentos Anteriores já Realizados: \_\_\_\_\_

Desordens Clínicas Associadas:

HAS  Diabetes  Artropatias  Apnéia  Outras

Outras, descrever: \_\_\_\_\_

Avaliação Psicológica: \_\_\_\_\_

Hospital no qual será realizada a cirurgia: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo: \_\_\_\_\_

## PARTE II

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Nº Matrícula: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Peso: \_\_\_ Kg Altura: \_\_\_ cm IMC: \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM-GO: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Auditor: \_\_\_\_\_ CRM-GO: \_\_\_\_\_

O paciente se enquadra nas condições da Instrução Normativa nº \_\_\_/04 ?

Sim

Não

Se Não, descrever: \_\_\_\_\_

O paciente está apto inicialmente a realizar a cirurgia ?

Sim

Não

Se Não, descrever: \_\_\_\_\_

Cirurgia agendada para: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Auditor: \_\_\_\_\_

## PARTE III

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Data Provável da Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Peso: \_\_\_ Kg Altura: \_\_\_ cm IMC: \_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM-GO: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Auditor: \_\_\_\_\_ CRM-GO: \_\_\_\_\_

Código solicitado: \_\_\_\_\_

O paciente se enquadra nas condições da Instrução Normativa nº \_\_\_/04 ?

Sim

Não

Se Não, descrever: \_\_\_\_\_

O paciente continua apto a realizar a cirurgia ?

Sim

Não

Se Não, descrever: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Auditor: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Gerente de Assistência: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Diretor de Assistência: \_\_\_\_\_

#### PARTE IV

##### Modelo da ficha que deverá ser preenchida a cada visita de Avaliação e Acompanhamento do segurado no pós-operatório

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Avaliação no \_\_\_\_\_ dia de pós-operatório

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ cm

IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Intercorrências Cirúrgicas: \_\_\_\_\_

Evolução do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Visitador: \_\_\_\_\_

#### PARTE V

Nome do Usuário: \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Avaliação no \_\_\_\_\_ dia de pós-operatório

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ cm

IMC: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>

Evolução do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Visitador: \_\_\_\_\_