

# Habilitação de Serviços no Processo Transexualizador do SUS

29 de agosto de 2023



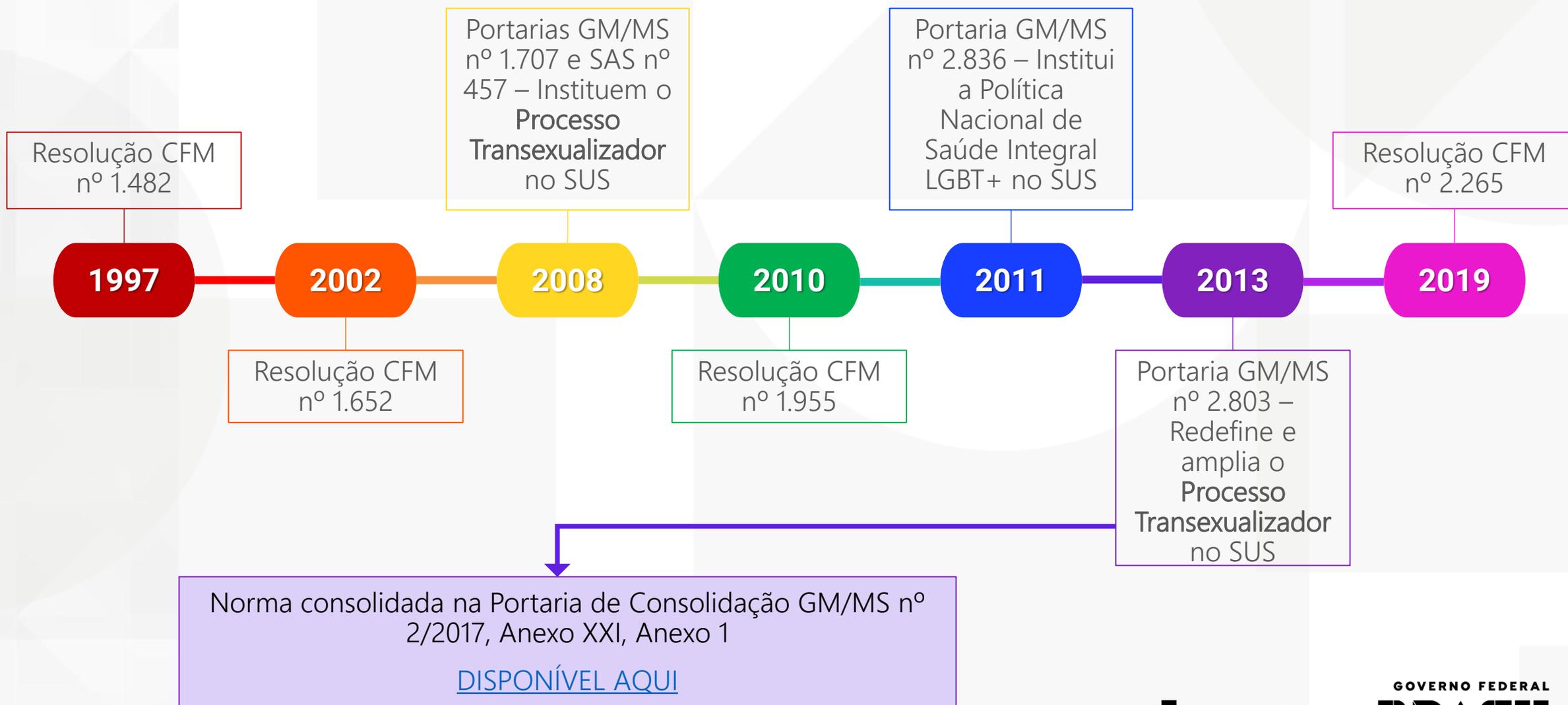
MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# 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.

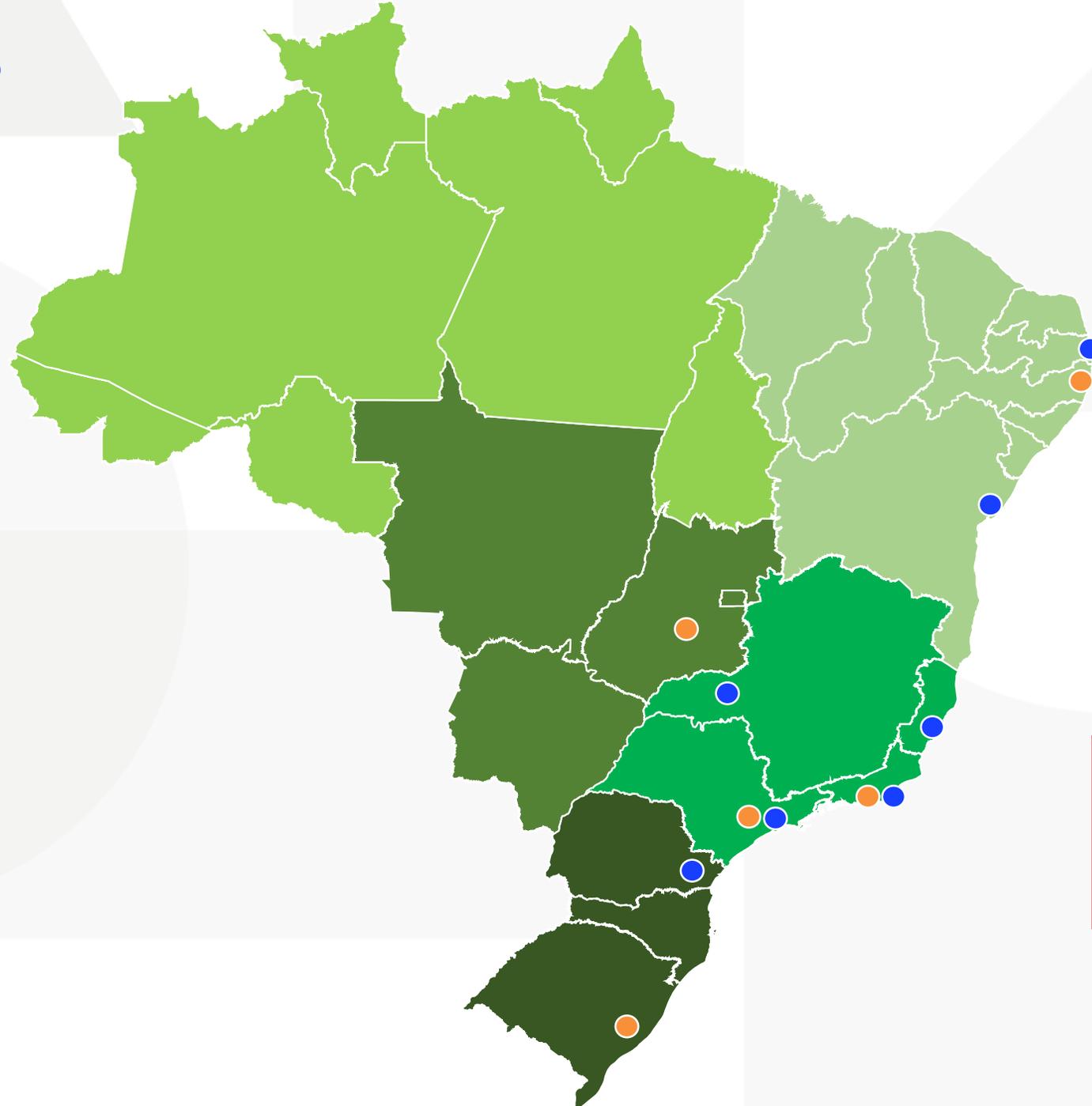
## Serviços

 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

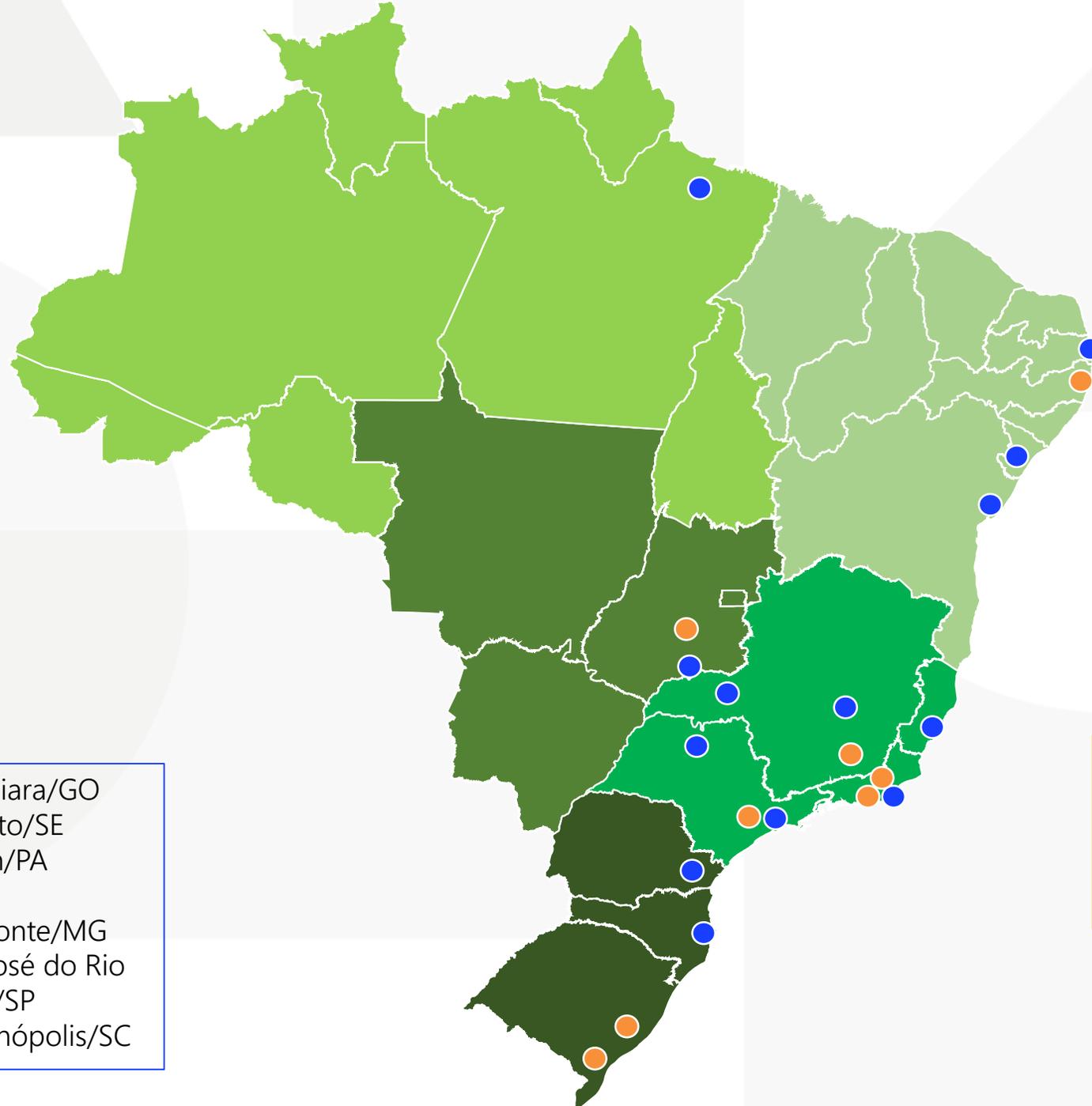
Hospitalares e Ambulatoriais Habilitados: 8

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



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 POLÍTICAS EM SAÚDE

principal acessar V-002.15.05

VISÃO GERAL

Suporte a sistemas: 136 - opção 8  
e-mail: [suporte.sistemas@datasus.gov.br](mailto: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](mailto: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

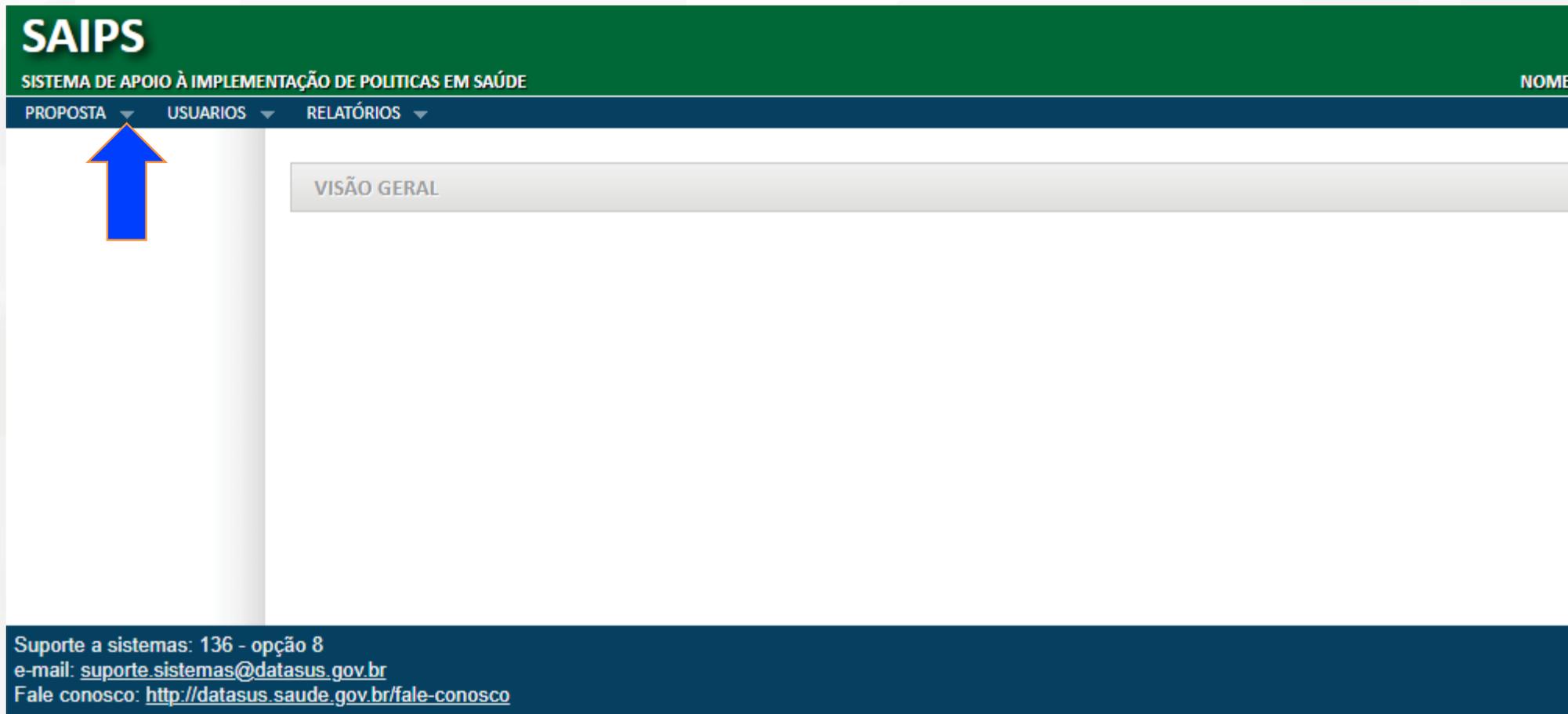
FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Selecione qual CNPJ será utilizado na sessão: ▾

Selecione  Selecionar

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](mailto: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: [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Assessor
CNPJ	Razão social/município			
[REDACTED]	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE [REDACTED]			

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

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:

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:

Quantidade de caracteres restantes: 2876

**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

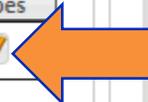
Novo Estabelecimento de Saúde

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 minsauade

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 Transexualizador? \*

-- 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 Transexualizador? \*

-- Selecione --

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

-- Selecione --

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

-- Selecione --

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

-- 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 Transexualizador? \*

-- 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](mailto: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	<b>ESTIMATIVA DE IMPACTO ANUAL: ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE AMBULATORIAL</b>					
2		<b>QUANTIDADE MENSAL</b>		<b>VALORES</b>		
3	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>Nº DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR PROCEDIMENTO (R\$)</b>	<b>VALOR MENSAL (R\$)</b>	<b>VALOR ANUAL (R\$)</b>
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. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Campo fixo, conforme o valor de cada procedimentos previsto na Portaria. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Fórmula fixa (BxCxD) para cálculo da estimativa mensal do impacto financeiro. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Fórmula fixa (Ex12) para cálculo da estimativa anual do impacto financeiro. <b>NÃO ALTERAR.</b>
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	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>			<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## 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	<b>ESTIMATIVA DE IMPACTO ANUAL: ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR - MODALIDADE HOSPITALAR</b>					
2	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE MENSAL</b>		<b>VALORES</b>		
3		<b>Nº DE PACIENTES</b>	<b>Nº DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR PROCEDIMENTO (R\$)</b>	<b>VALOR MENSAL (R\$)</b>	<b>VALOR ANUAL (R\$)</b>
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. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Campo fixo, conforme o valor de cada procedimentos previsto na Portaria. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Fórmula fixa (BxCxD) para cálculo da estimativa mensal do impacto financeiro. <b>NÃO ALTERAR.</b>	Fórmula fixa (Ex12) para cálculo da estimativa anual do impacto financeiro. <b>NÃO ALTERAR.</b>
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	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>			<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## 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	<b>RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO SERVIÇO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR</b>				
	<b>Nome completo</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Nº de Registro no Conselho de Categoria Profissional</b>	<b>Registro no CNES</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>
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](mailto:daet@saude.gov.br)

**(61) 3315-9220**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

