



PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA

Boletim Oficial

Edição Nº 308 de 31 de julho de 2009

ATOS DO PODER EXECUTIVO

Índice

Portaria 476	01
Portaria 477	05
Portaria 478	09
Portaria 479 - Republicação	11
Portaria 480	13
Portaria 481	14
Portaria 482	16
Portaria 483	19
Decretos	21
Instância de Controle Social do Programa Bolsa-Família	23
Atos do Poder Legislativo	
Lei Complementar 112	24
Lei Ordinária 2.450	24

PORTARIA Nº 476, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º - DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Sugeridos de Encaminhamento às Consultas de Especialistas, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRE-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULADE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOSCOLOS SUGERIDOS DE ENCAMINHAMENTO ÀS CONSULTAS DE ESPECIALIDADES

ALERGOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Asma
- Rinopatias alérgicas
- Dermatites
- Conjuntivites (só devem ser encaminhadas ao alergologista quando houver suspeita de fundo alérgico e após avaliação do oftalmologista)

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais: não obrigatórios
- Tratamentos prévios e/ou atuais

CARDIOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Hipertensão arterial sistêmica (só na presença de alterações em órgãos-alvo e/ou **hipertensão de difícil controle**)
- Insuficiência coronariana/dor torácica/precordialgia (na presença de sinais de piora dos sintomas)
- Insuficiência cardíaca/dispnéia/cansaço (quando houver dificuldade na compensação do quadro clínico)
- Valvulopatias
- Miocardiopatias
- Arritmias cardíacas
- Risco cirúrgico (deve ser feito na unidade básica, encaminhar casos clínicos mais completos.)

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:
Hipertensão arterial sistêmica: Raio X de tórax, ECG, glicemia de jejum, potássio, sódio, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos e hemograma
Insuficiência coronariana/dor torácica/precordialgia: Raio X de tórax, ECG, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total e frações, ácido úrico e triglicerídeos, sódio, Potássio, hemograma completo.
Insuficiência cardíaca/dispnéia/cansaço: Raio X de tórax, ECG, hemograma completo, Na, K, colesterol total fração, creatinina.
Valvulopatias/sopros: Raio X de tórax, ECG, hemograma, Sódio, Potássio, creatinina e glicose.
Arritmia cardíaca: Raio X de tórax e ECG, hemograma completo, Sódio, Potássio, creatinina e glicose.
Risco cirúrgico: ECG, Raio X de tórax, hemograma, coagulograma, glicemia de jejum, creatinina e potássio
- Tratamentos prévios e/ou atuais

Prefeitura de Valença

R. Dr. Figueiredo, 320 - Centro - Valença/RJ

Tel.: (24) 2453-2615 / 2453-4712 / 2453-6590 / 2452-5206 / 2452-1600

Site: www.valenca.rj.gov.br



PODER EXECUTIVO

Prefeito

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES

Vice-Prefeita

Dilma Dantas Moreira Mazzêo

Chefe de Gabinete

Roberto Luis de Souza Ferreira

Procuradoria Jurídica

Jorge Luiz Pereira de Medeiros

Secretaria de Controle Interno

Alex Sandro dos Santos

Assessoria de Comunicação Social

Patrícia de Aquino Rocha

Subprefeituras

Barão de Juparanã: Jaci Pedro

Santa Isabel: Iuberto Alencar de Oliveira

Pentagna: Geraldo Nonato Mendes

Parapeúna: Maria Aparecida da Silva Cunha

Conservatória: Maria José Miguel Soares

PODER LEGISLATIVO

PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL

Luiz Fernando Furtado da Graça

VICE-PRESIDENTE

Salvador de Souza

1º SECRETÁRIO

Paulo Jorge César

2º SECRETÁRIO

José Reinaldo Alves Bastos

Secretarias Municipais

Secretaria de Governo

Silvio Rogério Furtado da Graça

Secretaria de Administração

Denise de Jesus Silva Souza

Secretaria de Fazenda

Cristina de Oliveira Malta

Secretaria de Obras e Planejamento Urbano

Jorge Luiz de Assis Oliveira

Secretaria de Educação

Dilma Dantas Moreira Mazzêo
(interina)

Secretaria de Cultura e Turismo

Daniele Luzie Dantas Mazzeo

Secretaria de Saúde

Ricardo Gomes Graciosa Filho

**Secretaria de Agricultura, Pesca, Pecuária
e Meio Ambiente**

Ricardo Luiz de Souza Guedes
(interino)

Secretaria de Serviços Públicos e Defesa Civil

Theodorico Garcia Palmeira

**Secretaria de Planejamento e
Desenvolvimento Econômico**

Marcos Afonso de Almeida

Secretaria de Assistência Social, Esporte e Lazer

Clara Pentagna Bruno

**O Boletim Municipal é órgão oficial da
Municipalidade, criado pela Deliberação
nº 880, de 26 de janeiro de 1968.
Produção da Assessoria de Comunicação
Social da Prefeitura Municipal de Valença**



CIRURGIA VASCULAR E ANGIOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Varizes em membros inferiores complexa (não encaminhar pacientes jovens com micro varizes ou para procedimentos estéticos)
- Úlcera de perna (não encaminhar feridas de origem não vascular como traumas, infecção de pele/subcutâneo, etc.)
- Insuficiência circulatória arterial
- Dor e edema em membros inferiores com relação vascular.
- História de trombose venosa/tromboembolismo pulmonar
- Suspeita/diagnóstico de doença oclusiva das artérias carótidas

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Úlcera de perna: Glicemia e hemograma.

Insuficiência circulatória arterial: Glicemia e hemograma.

Dor e edema em membros inferiores: Glicemia, hemograma, e triglicérides

- Tratamentos prévios e/ou atuais

CIRURGIA GERAL E AMBULATORIAL

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Pequenas cirurgias (os pacientes devem estar clinicamente estáveis para execução do procedimento proposto, em virtude do risco potencial de complicações, principalmente infecciosas)
- Avaliação de indicação cirúrgica
- Controle pós-operatório

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais: conforme o caso, hemograma completo, plaquetas, creatinina e glicose.
- Tratamentos prévios e/ou atuais

COLOPROCTOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dor e sangramento anal
- Hemorróidas
- Alteração do hábito intestinal (não encaminhar casos de diarreia aguda)

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Dor e sangramento anal: EPF, hemograma completo e glicose.

Alteração do hábito intestinal: : EPF, hemograma completo e glicose.

- Tratamentos prévios e/ou atuais

DERMATOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Micoses (caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista)
- Prurido/eczema
- Fotodermatoses (caso já esteja em uso de medicação tópica, a mesma deverá ser suspensa 15 dias antes da visita ao especialista)
- Acne
- Onicomioses (anti-micóticos tópicos devem ser suspensos pelo menos 72 horas antes do exame micológico direto. Não aplicar esmalte cosmético)
- Problemas estéticos (evitar encaminhamento por este motivo. Só encaminhar após avaliar o grau de repercussão psico-social do problema)
- Neoplasias cutâneo.
- Herpesostes grave
- Dischromias (Vitiligo)

OBS: Todo medicamento tópico deve ser suspenso antes do encaminhamento.

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:
- Tratamentos prévios e/ou atuais

ENDOCRINOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Diabetes mellitus (diabetes mellitus tipo 1 devem permanecer em acompanhamento com o endocrinologista. Diabetes mellitus tipo 2, apenas os casos com complicações e acometimento de órgãos-alvo ou refratariedade com as medidas empregadas)
- Tireopatias
- Obesidade (deve ser tratada na unidade básica. Encaminhar apenas com IMC > 30 + co-morbidades ou IMC > 40, exceto quando já houver um acompanhamento por um tempo maior de 6 meses, sem sucesso).
- Alterações no crescimento
- Telarca e pubarca precoces
- Disfunção de glândulas supra-renais

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:
Diabetes mellitus: Glicemia recente, hemoglobina glicosilada, lipidograma, triglicérides, creatinina e hemograma completo.
Tireopatias: TSH e T4 livre recentes, TGO, TGP, hemograma, creatinina.
Obesidade: Glicemia de jejum, triglicérides, colesterol, TSH, hemograma, ácido úrico
Alterações no crescimento: EPF, hemograma, urina e Raio X de punho E
- Tratamentos prévios e/ou atuais

GASTROENTEROLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Epigastralgia (sem melhora tratamento clínico inicial).
- úlcera péptica
- Diarréia persistente / crônica
- Dor abdominal crônica
- Achado sorológico positivo para hepatite viral após doação de sangue
- Igtevíca

-PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:
Epigastralgia/úlcera péptica: EPF (2 amostras em MIF), hemograma completo.
Diarréia e Dor abdominal: EPF (2 amostras em MIF), hemograma e VHS
- Tratamentos prévios e/ou atuais

HEMATOLOGIA

-MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Anemia sem diagnóstico
- Leucopenia
- Plaquetopenia
- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO
- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:
Anemia: Hemograma, plaquetas, reticulócitos, ferro sérico, creatinina
Leucopenia: Hemograma, plaquetas e reticulócitos
Plaquetopenia: Hemograma, plaquetas e reticulócitos
- Tratamentos prévios e/ou atuais



NEFROLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Edema a esclarecer, com sedimento urinário alterado
- Lesão Renal por diabetes, hipertensão arterial, doenças reumatológicas e auto-imunes
- Hematúria
- Infecções urinárias de repetição
- Proteímenia exame

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Alteração do exame de urina: EAS, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum, hemograma completo, Sódio e Potássio.

Edema a esclarecer: EAS, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum

Lesão renal em diabetes, hipertensão arterial, doenças reumatológicas e auto imunes: EAS, Uréia, Creatinina e Glicemia de jejum

- Tratamentos prévios e ou atuais

NEUROLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Cefaléia (devem ser encaminhadas as cefaléias de difícil controle, associadas a distúrbios do comportamento, convulsões, agravamento progressivo ou instalação súbita e constante
- Epilepsia, convulsões, desmaios
- Retardo psicomotor (adultos com quadro de retardo e distúrbios do comportamento devem ser encaminhados ao psiquiatra)
- AVC, perda de memória (síndrome demencial), distúrbios do movimento
- Hidrocefalia, mielomeningocele e craniostenose
- Neuromiopatias

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

AVC: ECG, Glicemia recente, Colesterol total e frações, hemograma completo.

Perda de memória (síndrome demencial): Hemograma completo.

Craniostenose: Raio-X de crânio

Neuromiopatias: Hemograma, VHS, Glicemia de jejum

- Tratamentos prévios e ou atuais

REUMATOLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Artrose Casos controlados pelo PSF
- Fibromialgia
- Artrite reumatóide
- Doença reumática (não solicitar Anti-Estreptolisina O nem prescrever Benzetacil ou outra medicação sem doença reumática confirmada)

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História Clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Artrose: Raio-X das articulações em AP e perfil (radiografar articulação contralateral), hemograma, VHS, prova do látex, PCR, ácido úrico, FAN

Fibromialgia: Hemograma, VHS, prova do látex, FAN, PCR

Artrite reumatóide: hemograma, VHS, prova do látex, PCR e W.Rose

- Tratamentos prévios e ou atuais

OFTALMOLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Baixa acuidade visual (todo paciente diabético ou hipertenso deve ser encaminhado uma vez por ano para exame de fundo de olho)
- Conjuntivite complexa (inflamação ocular)
- Dor ocular (dor ocular aguda deve ser encaminhada a serviço oftalmológico de urgência)

- Retinopatia diabética/hipertensiva
- Glaucoma
- Catarata

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Retinopatia diabética/hipertensiva: Glicemia recente

- Tratamentos prévios e ou atuais

ORTOPEDIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Dores na coluna vertebral (cervicalgia e lombalgia)
- Deformidades (MMII, escoliose, cifose)
- Dor localizada a esclarecer
- Sequela de fratura
- Dor articular
- Artrose do joelho
- Esporão de calcâneo
- Dor no ombro
- Trauma

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Dores da coluna vertebral: RX da área afetada

Deformidades ósseas: RX de coluna toraco-lombar e MMII em AP e perfil (em ortostase)

Sequela de fratura: RX do local afetado em AP e perfil

Dor no ombro: RX em AP e axial

Esporão de calcâneo: RX em incidência lateral

- Tratamentos prévios e ou atuais

OTORRINOLARINGOLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Sinusites (encaminhar apenas as sinusites crônicas ou de repetição)
- Otites
- Obstrução nasal
- Halitose
- Amigdalites de repetição
- Surdez (verificar presença de cerume antes de encaminhar o paciente)
- Hipoacusia
- Rolha de cerume
- Epistaxe
- Vertigens/tonturas
- Zumbidos (pesquisar co-morbidades, principalmente hipertensão arterial e afastar presença de cerume antes de encaminhar o paciente)
- Cefaléia

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Sinusite: RX dos seios da face em mento-naso, fronto-naso e perfil (em ortostatismo)

Epistaxe: coagulograma

Vertigem/tonturas: hemograma, glicemia, colesterol

Cefaléia: RX de seios da face

- Tratamentos prévios e ou atuais

PNEUMOLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Asma
- Pneumonias de repetição
- Tosse crônica



- DPOC – difícil controle clínico

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Asma: RX de tórax em PA e perfil, hemograma, EPF e EAS (em crianças)

Pneumonia de repetição: RX de tórax em PA e perfil

Tosse crônica: RX de tórax PA e perfil, PPD, caso suspeito tuberculose, hemograma, EPF e EAS (em crianças)

- Tratamentos prévios e ou atuais

UROLOGIA

- MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO

- Infecções do trato urinário (ITU refratária ao tratamento ou de repetição, encaminhar com ultra-som de rim e vias urinárias)

- Hipertrofia prostática
- Cólica nefrética (encaminhar ao urologista apenas os pacientes com calculose confirmada, para avaliação de indicação cirúrgica ou terapia para desobstrução, ou quando houver cólicas persistentes)

- PRÉ-REQUISITOS PARA ENCAMINHAMENTO

- História clínica detalhada
- Exame físico completo
- Exames complementares essenciais:

Infecções do trato urinário: EAS, Urocultura, Antibiograma e glicemia, hemograma completo

Hipertrofia prostática: EAS, Urocultura, Uréia, Creatinina, glicemia e PSA

Cólica nefrética: EAS, ultra-som de rim e vias urinárias, hemograma completo

- Tratamentos prévios e ou atuais

OBSERVAÇÃO

- Após término das cotas reservadas às unidades para as especialidades acima, só encaminhar à Central de Regulação (CR) os casos considerados prioritários e de maior necessidade; tendo em vista o reduzido número de vagas da reserva técnica.

PORTARIA Nº 477, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos de Cintilografia, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULADE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOSCOLOS CLÍNICOS CINTILOGRAFIA

PROTOSCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA CARDIO-VASCULAR

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3201101 = Angiografia Radioisotópica
- 3201106-7 = Quantificação de “Shunt” Periférico
- 3201204 = Cintilografia para Avaliação de Fluxo Venoso
- 3201201-2 = Cintilografia para Avaliação de Fluxo Venoso das Extremidades
- 3201205 = Venografia Radioisotópica
- 3201104-0 = Cintilografia do Miocárdio (Necroses)
- 3201105-9 = Cintilografia Sincronizada das Camadas Cardíacas
- 3201301-9 = Cintilografia do Miocárdio em Stress
- 3201302-7 = Cintilografia do Miocárdio em Repouso
- 3201106 = Cintilografia para Quantificação de “Shunt” da direita para a esquerda
- 3210101-5 = Estudo do “Shunt” de Lee Veen

INDICAÇÕES:

- Isquemia (localização e extensão),
- Quantificar Fluxos Anômalos,
- Alterações da Contratilidade Miocárdica,
- Diferenciar Isquemia Miocárdica de Necrose Miocárdica,
- Coronariopatias (seguimento),
- Pacientes sob Quimioterapia Cardiotóxica (seguimento)
- Pós IAM,
- Avaliação funcional e prognóstica na Insuficiência Cardíaca,
- Procedimento de Revascularização (acompanhamento),
- Avaliar função biventricular global.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Angiografia simples (se indicado),
- DOPPLER de Vaso Periférico,
- ECG com Laudo,
- Ecocardiograma com Laudo,
- Teste de Esforço com Laudo,
- Cateterismo (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologia,
- Cirurgião Cardíaco,
- Hemodinamista,
- Angiologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOSCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DO SISTEMA NEUROLÓGICO

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3206101-3 = Fluxo Sanguíneo Cerebral
- 3206102-1 = Cintilografia Cerebral
- 3206201-0 = Cisternocintilografia
- 3206202-8 = Pesquisa de Fístula Liquórica
- 3206203-6 = Pesquisa de Transito Liquórico
- 3206206-0 = Mielocintilografia
- 3206208-7 = Ventriculocintilografia de Perfusão Cerebral

INDICAÇÕES:

- 5 Detectar Isquemia,
- 5 Fluxo Liquórico,
- 5 Doenças Degenerativas,
- 5 Avaliar Extensão de AVC,
- 5 Pós-Carotidoangioplastia (controle).



- **PRÉ-REQUISITOS:**
- História Clínica,
- Exame Físico,
- EEG com Laudo,
- TC e/ou RMN.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Oncologista,
- Neurocirurgião.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA ENDÓCRINO**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3203102-5 = Cintilografia com ou sem Captação
- 3203103-3 = Cintilografia com teste de Supressão (T3 ou T4)
- 3203104-1 = Cintilografia com teste de Estímulo (TSH)
- 3211103-7 = Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Plumer
- 3211102-9 = Cintilografia para Tratamento de Hipertireoidismo Tipo Graves
- 3203201-3 = Cintilografia de Paratireóide

INDICAÇÕES:

- 5 Distúrbios Funcionais da Tireóide e Paratireóide
- 5 Tireóide Ectópica (identificação),
- 5 Tumores e Nódulos (diagnóstico),
- 5 Hipertireoidismo Tipo Graves e Plumer (tratamento),
- 5 Carcinoma Diferenciado Tireoidiano (tratamento de metástases),
- 5 Tireoidite (diagnóstico),
- 5 Lesões suspeitas e Tratamento Hormonal (acompanhamento).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- US.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Endocrinologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA DIGESTIVO**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3202103-8 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (líquidos)
- 3202104-6 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Esofágico (sólidos)
- 3202104-6 = Cintilografia para Avaliação do Esvaziamento Gástrico
- 3202107-0 = Cintilografia para Pesquisa de Refluxo Gástrico-Esofágico

INDICAÇÕES:

- 5 Análise do Transito Esofágico e Gástrico para Esvaziamento e Refluxo,
- 5 Gastroparesia (diabéticos).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Pediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL**

CÓDIGO SIA/SUS: 1307302-8

INDICAÇÕES:

- 5 Nefropatia de Refluxo (sinais),
- 5 Lesão Medular (seguimento),
- 5 Pré-Operatório de Transplante Renal,
- 5 Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra,
- 5 Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Hemorragia,
- Traumas Perineais,
- Pielonefrite.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver),
- RX Contrastado (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Nefrologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DE FÍGADO, BAÇO E VIAS BILIARES**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3202201-8 = Cintilografia do Fígado e Baço
- 3202202-6 = Cintilografia de Vias Biliares
- 3202105-4 = Cintilografia do Fluxo Sanguíneo Hepático (quantitativo e qualitativo)

INDICAÇÕES:

- 5 Traumas e Cirurgias Hepáticas com suspeita de perda da integridade das Vias Biliares,
- 5 Detectar Escapes Biliares por trauma ou cirurgia,
- 5 Disfunção dos Esfincteres.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Cálculos Biliares,
- Colecistite Infecciosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US do Abdome Superior,
- TC (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Gastroenterologista,
- " Cirurgião Geral,
- " Cirurgião Pediátrico,
- " Pediatra,
- " Neonatologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.



**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA HEMATOLÓGICO**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3202108-9 = Cintilografia para pesquisa de Hemorragia não Ativa
- 3202203-4 = Cintilografia para pesquisa de Hemorragia Ativa
- 3209102-8 = Demonstração do Sequestro de Hemácias pelo Baço em Radioisótopos
- 3209103-6 = Demonstração da Volemia com Radioisótopos
- 3209104-4 = Determinação da Sobrevida das Hemácias com Radioisótopos
- 3209105-2 = Determinação do Volume Eritrocitário com Radioisótopos
- 3209106-0 = Determinação do Volume Plasmático com Radioisótopos

INDICAÇÕES:

- 5 Visualizar e Quantificar Hemorragia em qualquer Órgão ou Segmento com determinação da Volemia,
- 5 Hemorragias de origem obscura,
- 5 AVC Hemorrágico,
- 5 Sequestro de Hemácias,
- 5 Determinar tempo de sobrevida das Hemácias.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Hemorragia Esôfago-Gástrica,
- AVC Isquêmico.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- TC do Crânio (AVC),
- RMN (se indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Hematologista,
- " Angiologista,
- " Nefrologista,
- " Neurocirurgião,
- " Pediatra.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3208102-2 = Cintilografia Pulmonar (Inalação)
- 3208201-0 = Cintilografia Pulmonar para Pesquisa de Aspiração
- 3208202-9 = Cintilografia Pulmonar (Perfusão)

INDICAÇÃO:

- 5 Embolia Pulmonar (Diagnóstico e Extensão).

CONTRA INDICAÇÕES:

- Pneumopatias Inflamatórias simples,
- Tumores (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX do Tórax PA/Perfil com Laudo,
- TC do Tórax (conforme o caso).

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Pneumologista.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA RENAL**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3204101-2 = Cintilografia Renal Qualitativa e/ou Quantitativa
- 3204103-9 = Determinação da Filtração Glomerular com Radioisótopos
- 3204104-7 = Determinação do Fluxo Plasmático com Radioisótopos
- 3204105-5 = Renograma
- 3204106-3 = Cistocintilografia Indireta
- 3204201-9 = Cistocintilografia Direta
- 3204203-5 = Estudo Renal Dinâmico com ou sem Diurético

INDICAÇÕES:

- 5 Verificar Função do Rim Direito ou Esquerdo (Fluxo, Déficit Glomerular, Obstrução de Vias Excretoras, Função Tubular),
- 5 Hipertensão Renovascular,
- 5 Paciente Transplantado (acompanhamento),
- 5 Avaliar Cicatrizes Remanescentes de Infecções Renais,
- 5 Quantificar Córtex Renal Funcionante (segmento de Pielonefrite por Refluxo),
- 5 Avaliar envolvimento Renal de Tumores,
- 5 Avaliar Diagnóstico Diferencial entre Tumor e Hipertrofia da Coluna de Bertin),
- 5 Avaliar Refluxo Vesico-Uretral (CISTOCINTILOGRAFIA).

CONTRA INDICAÇÕES:

- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Cálculo Renal, Vesical ou Uretral,
- Alterações Morfológicas somente.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames Laboratoriais,
- US Rim/Vias Urinárias,
- Urofluxometria (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Urologista,
- " Nefrologista.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DO CORPO INTEIRO**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3203106-8 = Cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro
- 3205103-4 = Cintilografia Óssea com ou sem Fluxo Sanguíneo

INDICAÇÕES:

- 5 Tumores (Diagnóstico e Estadiamento),
- 5 Metástases (Diagnóstico e Acompanhamento),
- 5 Osteomielite (Diagnóstico e Acompanhamento),
- 5 Necroses Ósseas,
- 5 Fratura de Stress,
- 5 Avaliar Integridade de Próteses Articulares,
- 5 Dores Ósseas (Diagnóstico),
- 5 Doença de Paget.

CONTRA INDICAÇÃO:

- Fraturas simples (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- TC (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Ortopedista,



- “ Oncologista,
- “ Endocrinologista,
- “ Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES**

CÓDIGO SIA/SUS: 3205102-6

INDICAÇÕES:

- 5 Necrose da Cabeça do Fêmur,
- 5 Processos Expansivos Gerais,
- 5 Ploartroses.

CONTRA INDICAÇÕES:

- Lesões Ligamentares, Condrais ou dos Meniscos (vistas na RMN),
- Fraturas (Diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US Articulação,
- RMN Articulação (inconclusiva).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- “ Ortopedista,
- “ Oncologista,
- “ Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
MIELOCINTILOGRAFIA**

CÓDIGO SIA/SUS: 3206206-0

INDICAÇÕES:

- 5 Tumores,
- 5 Metástases,
- 5 Infecções.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- TC e/ou RMN (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- “ Neurologista,
- “ Neurocirurgião,
- “ Oncologista,
- “ Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
LINFOCINTILOGRAFIA**

CÓDIGO SIA/SUS: 3207101-9

INDICAÇÕES:

- 5 Linfedema pós-cirúrgico Oncológico,
- 5 Linfedema de outras causas,
- 5 DOPPLER negativo para Patologia Venosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- DOPPLER Venoso (se for o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- “ Oncologista,
- “ Angiologista,
- “ Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA DE MAMA**

CÓDIGO SIA/SUS: 3207204-0

INDICAÇÕES:

- 5 Detectar Linfonodo Sentinela em Câncer de Mama,
- 5 Nódulos Inconclusivos na US ou Mamografia.

CONTRA INDICAÇÃO:

- Menopausadas (prevenção de Câncer de Mama).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US,
- Mamografia.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- “ Ginecologista,
- “ Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
CINTILOGRAFIA COM GÁLIO 67**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3207201 = Cintilografia de Corpo Inteiro com Gálio 67
- 3207206 = Cintilografia de Pulmão com Gálio 67
- 3207207 = Cintilografia de Coração com Gálio 67
- 3207208 = Cintilografia de Rim com Gálio 67
- 3207209 = Cintilografia de Osso com Gálio 67

INDICAÇÕES:

- 5 Infecções,
- 5 Tumores,
- 5 Metástases,
- 5 Febre de Origem Obscura.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples,
- Exames Laboratoriais,
- TC ou RMN (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- “ Infectologista,
- “ Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA
PARA PESQUISA DE DIVERTICULITE DE MECKEL**

CÓDIGO SIA/SUS: 3202102

INDICAÇÃO:

- 5 Suspeita de Divertículo sangrante.



PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US de Abdome (não conclusivo),
- RX contrastado (não conclusivo ou não indicado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Cirurgião Geral,
- " Proctologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA TESTICULAR (BOLSA ESCROTAL)

CÓDIGO SIA/SUS: 3204102

INDICAÇÃO:

- 5 Diagnóstico diferencial entre torção testicular e orquiepididimite

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US inconclusivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Urologista,
- " Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS

CÓDIGO SIA/SUS: 3210102

INDICAÇÃO:

- 5 Obstrução das vias lacrimais excretoras (diagnóstico).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX de seios da face.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- " Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNO CINTILOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS: 3210103

INDICAÇÃO:

- 5 Neoplasias (identificação e mapeamento).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames comprobatórios de tumor.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- " Hematologista,
- " Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PORTARIA Nº 478, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos Diversos, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRE-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOCOLOS CLÍNICOS DIVERSOS

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA

CÓDIGO SIA/SUS – 1309205-7

INDICAÇÕES:

- Hipoestrogenismo,
- Menopausa,
- Terapia de Reposição Hormonal (seguimento),
- Osteoporose (seguimento),
- Fratura não traumática,
- Síndrome de má absorção,
- Calciúria de 24h,
- Rx de Coluna e/ou Fêmur sugestivo de osteoporose,
- Hiperparatireoidismo,
- Endocrinopatias com perda de massa óssea,
- Uso crônico de Corticóide,
- Insuficiência Renal crônica,
- Rins Policísticos,
- Fratura Patológica, Comorbidade, Iatrogenia (prioridade).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exames Laboratoriais (Distúrbios Hormonais),
- RX Simples (fraturas, cifose, osteopenia).

OBS: Pacientes a partir de 65 anos não necessitam de pré-requisito.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Ortopedista,
- Endocrinologista,
- Geriatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.



**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
VIDEOLARINGOSCOPIA**

CÓDIGO SIA/SUS – 1711110-2

INDICAÇÕES:

- Disfonia,
- Respiração Bucal,
- Epistaxe de repetição,
- Estridor,
- Disfagia,
- Tumores,
- Anomalias congênitas de laringe,
- Granuloma das cordas vocais,
- Pólipos das cordas vocais,
- Estenose subglótica congênita ou adquirida (pós-entubação traqueal prolongada),
- Refluxo gastroesofágico.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica,
- Exame otorrinolaringológico completo.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Otorrinolaringologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ELETROENCEFALOGRAMA**

CÓDIGO SIA/SUS – 1706201-2

INDICAÇÕES:

- Convulsão Maior, Menor e Focal (Diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico),
- Encefalopatia metabólica,
- Narcolepsia,
- Cefaléia (para pesquisa de fator determinante cerebral),
- Intoxicação por drogas,
- Ausência (todos os tipos),
- Determinar morte cerebral em comatosos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica detalhada,
- Exame Físico com ênfase nos dados neurológicos principalmente focais.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Neuropediatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE CLISTER OPACO

CÓDIGO SIA/SUS – 1306301

INDICAÇÕES:

- Constipação crônica refratária ao tratamento clínico,
- Doença de Crohn,
- Doença diverticular,
- Neoplasias,
- Massas Abdominais,
- Obstrução Intestinal Sub-aguda,
- Alteração do Hábito Intestinal (constipação/diarréia alternantes),
- Fístulas Entero-vesicais.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,

- Exame Físico,
- RX Simples de abdome com laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TESTE DE
ESFORÇO OU ERGOMÉTRICO**

CÓDIGO SIA/SUS – 1703205

INDICAÇÕES:

- Angina do peito,
- Dor torácica,
- ECG com alteração do seguimento ST,
- Risco de Doença Arterial Coronariana,
- Hipertensão ventricular esquerda,
- WPW (Wolf-Parkinson-White),
- Marca-passo ventricular,
- BCRE,
- IAM,
- Histórico familiar de Coronariopatia,
- Arritmias.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG Prévio.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO
ELETROCARDIOGRAMA (ECG)**

CÓDIGO SIA/SUS – 1703101-0

INDICAÇÕES:

- Pré-operatório,
- Sincope ou pré-síncope,
- Angina Péctoris,
- Dor Torácica,
- Dispnéia,
- Fadiga extrema ou inexplicada,
- Hipertensão arterial pulmonar,
- Arritmias,
- Hipertensão Arterial Sistêmica,
- AVC recente,
- Uso do medicamentos que possam alterar o ritmo cardíaco.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG Prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular,
- Pneumologista,
- Clínico Geral,
- Médico PSF,
- Pediatra.



MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO MONITORIZAÇÃO
AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)**

CÓDIGO SIA/SUS – 1703203-2

INDICAÇÕES:

- Avaliação de sintomas causados pela Hipertensão Arterial Sistêmica (Palpitações, Cefaléia occipital, dispnéia paroxística ou não, fadiga, prostração, mal estar geral com ou sem palidez, pré-síncope ou síncope),
- Avaliar Pressão Arterial limítrofe,
- Avaliar abruptas variações da pressão arterial sistêmica (Uso de medicamentos, Idosos, Diabéticos, Menopausadas e Grávidas),
- Avaliar o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica do Jaleco Branco,
- Avaliar paciente suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica Lábil ou Episódica,
- Avaliar Hipotensão Arterial e Síncope Hipotensiva,
- Avaliar suspeita de disfunção autonômica.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico detalhado,
- ECG com laudo,
- Teste Ergométrico (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Cirurgião Cardiovascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

REPUBLICAÇÃO

PORTARIA Nº 479, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos Dopple Vascular, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULADE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOCOLOS CLÍNICOS DOPPLE VASCULAR

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DE
CARÓTIDAS E VERTEBRAIS**

CÓDIGO SIA/SUS:*

INDICAÇÕES:

- Isquemia cerebral transitória ou prolongada,
- Síncope,
- Sopro carotídeo,
- Massa pulsátil cervical,
- Síndrome Vertiginosa,
- Amaurose Unilateral,
- Avaliar roubo da subclávia (suspeita),
- Avaliação para cirurgia de artérias carótidas e/ou vertebrais.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DOPPLER DE VEIAS CERVICAIS**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Síndrome de compressão da Veia Cava Superior,
- Sopro Cervical contínuo (Fístula artério-venosa).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão



**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS
ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Síndrome de compressão da Subclávia,
- Trombose Arterial Aguda,
- Embolia,
- Arterite / Endarterite em Fístula A-V,
- Parestesia,
- Hemangioma,
- Traumatismo com pressão ou lesão vascular.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS
VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Edema,
- Fístulas Arterio-Venosas,
- Hemangioma,
- Trombose Venosa.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DOPPLER DA ARTÉRIA AORTA ABDOMINAL**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Angina,
- Massa Pulsátil,
- Sopro Abdominal,
- Aneurisma,
- Dissecção Aórtica,
- Avaliar enxerto pós-cirurgia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIS**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Hipertensão Renovascular,
- Sopro,
- Rejeição de enxerto transplantado,
- Tumores renais e supra-renais,
- Avaliação e acompanhamento de transplante renal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão



**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DOPPLER DAS ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Claudicação intermitente do membro inferior,
- Aneurisma das artérias poplíteas,
- Embolia,
- Trombose,
- Pé diabético,
- Ausência de pulso arterial do membro inferior,
- Diminuição do pulso arterial do membro inferior,
- Avaliação de enxerto pós-cirurgia,
- Massas pulsáteis.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE DOPPLER DAS
VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES**

CÓDIGO SIA/SUS – *

INDICAÇÕES:

- Trombose venosa profunda,
- Tromboflebite,
- Edema dos membros inferiores,
- Úlcera venosa,
- Avaliação do sistema venoso superficial e profundo,
- Varizes,
- Embolia Pulmonar e Paradoxal,
- Trauma do vaso.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Angiologista,
- Cardiologista,
- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

- * 1401905-1 – DOPPLER Colorido de 01 Vaso
- 1401902-7 – DOPPLER Colorido de 02 Vasos
- 1401904-3 – DOPPLER Colorido de 03 Vasos
- 1401903-5 – DOPPLER Colorido de Órgão

PORTARIA Nº 480, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos de Endoscopia, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOCOLOS CLINICOS ENDOSCOPIA

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

CÓDIGO SIA/SUS – 1711103-0

INDICAÇÕES:

- Hemorragia digestiva alta,
- Esofagite de refluxo,
- Úlcera gástrica com pesquisa de Helicobacter Pylori,
- Úlcero duodenal com pesquisa de Helicobacter Pylori,
- Câncer gástrico,
- Hérnia de Hiato,
- Cirrose hepática,
- Varizes esofagianas,
- Anemia a esclarecer,
- Metástases,
- Disfagia,
- Odinofagia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- História de patologia pregressa e história familiar,
- Exames Físico com ênfase no aparelho digestivo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE COLONOSCOPIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1711101-3



INDICAÇÕES:

- Hemorragia digestiva baixa,
- Doenças inflamatórias intestinais,
- Diarréia crônica,
- Tumor maligno e benigno de cólon,
- Doença diverticular do cólon,
- Pólipos do cólon,
- Corpo estranho,
- Angiodisplasia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História clínica detalha com antecedentes pessoais e familiares relacionados à patologia,
- Exame físico específico do aparelho digestivo,
- Ultrassonografia, retossigmoidoscopia ou exame radiológico anterior.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
RETOSSIGMOIDOSCOPIA**

CÓDIGO SIA/SUS – 1711106-4

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Sagramento retal,
- Diarréia,
- Eliminação de muco nas fezes,
- Dor abdominal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica completa,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Gastroenterologista,
- Proctologista,
- Oncologista,
- Geriatria,
- Pediatra,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PORTARIA Nº 481, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos Nuclear, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULADE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROTOCOLOS CLÍNICOS NUCLEAR

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DE CRÂNIO E ENCÉFALO**

CÓDIGO SIA/SUS – 3101110-1

INDICAÇÕES:

- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral,
- AVC isquêmico,
- Infartos cerebrais múltiplos (suspeita),
- Demência,
- Tumores (diagnóstico),
- Metástases (detecção),
- Lesões orbitárias ou Trato Visual,
- Infecções,
- Esclerose Múltipla.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Cefaléias,
- Vertigens,
- Hemorragias Cerebrais,
- Aneurisma.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX Crânio com Laudo,
- TC Crânio, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DE TÓRAX**

CÓDIGO SIA/SUS – 3101117-9

INDICAÇÕES:

- Avaliar Artérias Pulmonares,
- Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais,
- Avaliar Anomalias do Arco Aórtico,
- Tumores Neurais e Mediastinais.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX tórax PA/Perfil com Laudo



- TC Tórax, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Torácico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DE ABDOME**

CÓDIGO SIA/SUS – 3101114-4

INDICAÇÕES:

- Metástase Hepática,
- Adenoma de Supra-Renal,
- Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos,
- Fratura de Órgão Sólido (suspeita),
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de Abdome com Laudo,
- US Abdome, se necessário,
- TC Abdome, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Endocrinologista,
- Nefrologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3101104-7 = Cervical
- 3101105-5 = Lombo-Sacra
- 3101106-3 = Torácica

INDICAÇÕES:

- Tumores Ósseos Primários (suspeita),
- Metástases,
- Processos Expansivos,
- Hérnia de Disco,
- Infecções (suspeita).

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas (detecção),
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com Laudo,
- TC com Laudo, se necessário.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,

- Neurologista
- Neurocirurgião,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3101107-1 = Articulações Temporomandibular (Bilateral),
- 3101111-0 = Ombro,
- 3101109-8 = Cotovelo-Punho (Unilateral),
- 3101103-9 = Coxo-Femural (Bilateral),
- 3101115-2 = Joelho (Unilateral),
- 3101102-0 = Tornozelo ou Pé (Unilateral).

INDICAÇÕES:

- Traumatismos Articulares,
- Lesões Ligamentares,
- Derrames Articulares (suspeita),
- Fraturas Ocultas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Fraturas Simples (detecção),
- Tendinites e Sinovites,
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com Laudo,
- US Articular com Laudo.

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Ortopedista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
NUCLEAR DE PELVE**

CÓDIGO SIA/SUS: 3101108-0

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Metástases,
- Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Sangramentos Traumáticos,
- Implantes Metálicos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US Pélvico com Laudo,
- TC da Pelve (se for o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Ginecologista,
- Oncologista,
- Infectologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.



PROCOLO SUGERIDO PARA UROGRAFIA EXCRETORA

PORTARIA Nº 482, DE 17 DE JULHO DE 2009

CÓDIGO SIA/SUS: 1307103-3

INDICAÇÕES:

- “ Lesões Uretrais e Renais duvidosas,
- “ Avaliar alterações na face póstero-lateral da bexiga,
- “ Avaliar obstruções altas ou baixas,
- “ Hidronefrose,
- “ Calculose (diagnóstico e planejamento terapêutico),
- “ Avaliar Anomalias Congênitas do trato urinário,
- “ Tumores Intraluminares: Piélicos ou Uretrais,
- “ Avaliar Hematúria Macro e Microscópica.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Hipotensão,
- Desequilíbrio do Cálcio ou Tetânia,
- Descompensação Cardíaca,
- Diabetes Mellito descompensada,
- Mieloma Múltiplo,
- Desidratação,
- Insuficiência Renal descompensada,
- Pielonefrite Aguda.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples Abdome com Laudo,
- US Rim/vias urinárias.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Clínico Geral,
- Médico do PSF,
- Urologista,
- Nefrologista,
- Cirurgião Geral e Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROCOLO SUGERIDO PARA HOLTER 24 HORAS

CÓDIGO SIA/SUS: 1703204

INDICAÇÕES:

- IAM (pós-IAM),
- ICC,
- HAS,
- Miocardiopatias,
- HVE,
- Arritmias,
- Valvopatias.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- ECG com Laudo,
- Teste Ergométrico ou Ecocardiograma (se houver).

PROFISSIONAL SOLICITANTE:

- Cardiologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º- DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos Tomografia, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRE-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROCOLOS CLÍNICOS TOMOGRAFIA

PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E SELA TURCICA

Código SIA/SUS – 3501102-5

INDICAÇÕES:

- Traumatismo,
- Hemorragias,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Doenças Degenerativas do Encéfalo,
- Aneurismas,
- Convulsões recentes a esclarecer.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples com laudo,
- Exame do Liquor (se doença infecciosa).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista,
- Neurocirurgião,
- Ortopedista,
- Oncologista,
- Infectologista,
- Cirurgião Cabeça e Pescoço.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE TÓRAX

Código SIA/SUS – 3501201-3

INDICAÇÕES:

- Traumatismo,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),



- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento),
- Pneumopatias Intersticiais,
- Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação),
- Bronquiectasias (acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião torácico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
TOMOGRAFIA DE COLUNA**

Código SIA/SUS – 3501101-7

INDICAÇÕES:

- Fratura (suspeita),
- Estenose do Canal Medular (suspeita),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Processos Expansivos,
- Hérnia Discal.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de coluna (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Neurocirurgião,
- Neurologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE**

Código SIA/SUS – 3501403-2

INDICAÇÕES:

- Sinusopatia crônica,
- Trauma facial,
- Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX dos Seios da Face com Laudo.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Otorrinolaringologista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR**

CÓDIGO SIA/SUS – 3501301-0

INDICAÇÕES:

- Abscessos,
- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Ruptura de órgãos (suspeita),
- Metástases,
- Aneurismas,
- Pancreatites,
- Hemorragias (pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples de abdome (de pé ou deitado).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Endocrinologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
TOMOGRAFIA DA PELVE**

CÓDIGO SIA/SUS – 3501405-9

INDICAÇÕES:

- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento).

CONTRA-INDICAÇÃO:

- Gravidez.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US de pelve.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Geral,
- Oncologista,
- Ginecologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES**

CÓDIGO SIA/SUS:

- 3501410-5: Articulações Esterno-Claviculares
- 3501411-3: Articulações dos Ombros
- 3501412-1: Articulações dos Cotovelos
- 3501413-0: Articulações dos Punhos
- 3501414-8: Articulações Sacro-Iliacas
- 3501415-6: Articulações Coxo-Femorais
- 3501416-4: Articulações dos Joelhos

INDICAÇÕES:



- Traumatismos,
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Processos expansivos,
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Fraturas Tratadas.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX da Articulação com Laudo,
- US Articular.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Oncologista.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA/CCR

**PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ANGIOTOMOGRAFIA**

CÓDIGO SIA/SUS:

INDICAÇÕES:

- Trombose Pulmonar (suspeita),
- Dilatação, dissecação, fístulas e suboclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX (Patologias pulmonares),
- DOPPLER do Vaso.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumologista,
- Angiologista,
- Cardiologista,
- Cirurgião Vascular.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA/CCR

PORTARIA Nº 483, DE 17 DE JULHO DE 2009

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, no uso de suas atribuições legais,

Considerando os termos do memorando nº 29/2009, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde,

Considerando a necessária uniformização dos pedidos de serviços realizados pelo SUS, face ao grande número de requerimentos de tais serviços que, atualmente se apresentam desordenada e demasiadamente na Secretaria de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º - DAR PUBLICIDADE aos Protocolos Clínicos de Ultrassonografia, conforme Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE, CUMPRA-SE.

Gabinete do Prefeito, 17 de julho de 2009.

VICENTE DE PAULADE SOUZA GUEDES
Prefeito

PROCOLOS CLÍNICOS ULTRASSONOGRAFIA

**PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401402-5

INDICAÇÕES:

- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis,
- Para guiar procedimentos invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia),
- Para avaliar problemas associados com implantes mamários,
- Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos,
- Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Mastologista,
- Ginecologista,
- Médico PSF,
- Oncologista,
- Enfermeiro de PSF.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA/CCR.

**PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401801-2

INDICAÇÕES:

- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas),
- Aneurismas,
- Colelitíase,
- Nefrolitíase,
- Estudo do Retroperitônio,
- Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais,
- Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras),
- Dor abdominal,
- Hepatoesplenomegalia.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica detalhada,
- Exames Físico específico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- O médico deverá ser o especialista da área / médicos da rede.

MARCAÇÃO/AUTORIZAÇÃO: CMA/CCR.

**PROCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E
TRANSRETAL**

CÓDIGO SIA/SUS – US da Próstata Abdominal - 1401403-3

CÓDIGO SIA/SUS – US da Próstata Transretal - 1401912-4

INDICAÇÕES:

- Câncer Prostático (suspeita),
- Hipertrofia prostática benigna,
- Prostatite,
- Infertilidade,
- Abscessos,
- Prostatismo,
- US com DOPPLER útil para detectar aumento da vascularização (selecionar sítios para biopsia).



PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exames Físico,
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Cirurgião Geral,
- Oncologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA

CÓDIGO SIA/SUS – 1309202-2

INDICAÇÕES:

- Mulheres com idade igual ou superior a 40 anos,
- Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco,
- Nódulos,
- Alterações da pele das mamas,
- Fluxo papilar,
- Linfonodo axilar suspeito,
- Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal,
- Achado anormal em mamografia anterior.

TEMPO PARA REPETIÇÃO DO EXAME:

- Qualquer queixa, a qualquer momento para acompanhamento,
- 35 anos: se grupo de risco = Repetição anual,
- 40 anos sem queixas = Repetição anual,
- 40-50 anos = Repetição anual ou bianual,
- Após 50 anos = Repetição anual.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- US ou mamografia prévia (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médico PSF,
- Mastologista,
- Oncologista,
- Ginecologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401405-0

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Litíase,
- Má formações,
- Rim policístico,
- Insuficiência Renal,
- Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita),
- Disfunção miccional.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso),
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Cirurgião Geral,
- Clínico Geral,
- Nefrologista,

- Oncologista,
- Pediatra,
- Médico PSF.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCONDRIO DIREITO**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401910-8

INDICAÇÕES:

- Colelitíase,
- Hepatopatias,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso),
- US prévio (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Geriatria,
- Cirurgião Geral,
- Clínico Geral,
- Gastroenterologista,
- Cirurgião Pediátrico,
- Pediatra,
- Médico PSF.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401901-9

INDICAÇÕES:

- Tendinites,
- Cistos Sinoviais,
- Lesão por esforço repetido (LER),
- Disfunção da Articulação temporomandibular,
- Derrames Articulares,
- Bursites,
- Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ortopedista,
- Reumatologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401302-9

INDICAÇÕES:

- Tumores,
- Infecções,
- Corpo Estranho Intra ou Retrobulbar,
- Aumento de volume,
- Extrusão (principalmente unilateral).

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,



- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Oftalmologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA**

CÓDIGO SIA/SUS- 1401301-0

INDICAÇÕES:

- Hidrocefalia,
- Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre,
- Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas,
- Avaliar roubo da subclávia,
- Monitorar vasoespasmo,
- Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Neurologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DO TÓRAX**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401913-2

INDICAÇÕES:

- Derrame Pleural,
- Pleuropatias,
- Patologias do diafragma,
- Patologias do mediastino.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X do tórax PA / Perfil.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cirurgião Torácico,
- Pneumologista.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401401-7

INDICAÇÕES:

- Aumento da bolsa escrotal,
- Tumores,
- Varicocele,
- Cistos de cordão,
- Infecções,
- Torções.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Urologista,
- Pediatra,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER
(ECOCARDIOGRAMA)**

CÓDIGO SIA/SUS- 1401501-3

INDICAÇÕES:

- Lesão valvular,
- Miocardiopatias,
- Cardiopatias congênitas.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Raio X simples (conforme o caso),
- ECG com laudo,
- Teste Ergométrico (se houver).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Cardiologista,
- Pneumologista,
- Geneticista,
- Geriatra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE**

CÓDIGO SIA/SUS – 1401404-1

INDICAÇÕES:

- Hipotireoidismo,
- Hipertireoidismo,
- Cistos,
- Tumores.

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Exames de laboratório (TSH, T4, T3).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Endocrinologista,
- Oncologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião de Cabeça e Pescoço,
- Cirurgião Torácico,
- Cirurgião Pediátrico.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

**PROTOCOLO SUGERIDO PARA SOLICITAÇÃO DE
ULTRASSONOGRAFIA
GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA**

US PÉLVICA GINECOLÓGICA

CÓDIGO SIA/SUS – 1401101-8

US PÉLVICA TRANSVAGINAL

CÓDIGO SIA/SUS – 1401202-2



INDICAÇÕES:

- Dor pélvica aguda,
- Dor pélvica crônica,
- Anexites,
- Investigação de massa abdominal,
- Diagnóstico diferencial de tumores pélvicos,
- Sangramento genital pós-menopausa,
- Sangramento genital anormal no menacme,
- Seguimento periódico de climatério,
- Amenorréia primária,
- Amenorréia secundária não relacionada a gravidez,
- Tumores e cistos ovarianos pré e pós menopausa.

PRÉ REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX simples, conforme o caso,
- US prévio, se houver.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Cirurgião Geral,
- Cirurgião Pediátrico,
- Obstetra,
- Médico do PSF,
- Clínico Geral.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

US OBSTÉTRICA

CÓDIGO SIA/SUS- 1401201-4

INDICAÇÕES:

- Doença hipertensiva da gravidez (DHEG),
- Seguimento de desenvolvimento fetal,
- Medida de espessura do colo uterino,
- Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia,
- Acretismo placentário (suspeita),
- Oligodrâmnio e Polidrâmnio,
- Gestante obesa grau 3,
- Erro provável de data do parto,
- Amniorrexe prematura confirmada,
- Gravidez múltipla,
- Ausência de BCF,
- Sofrimento fetal,
- Circular de cordão,
- Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR).

PRÉ REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- Teste de Gravidez

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Obstetra,
- Médico do PSF,
- Clínico Geral.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

US MORFOLÓGICO

CÓDIGO SIA/SUS: 1401100-0

INDICAÇÕES:

- Idade materna maior ou igual a 35 anos,
- Idade paterna maior ou igual a 55 anos,

- História progressiva de má formação congênita e/ou aneuploidia,
- Abortamento ,
- Suspeita de infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegavírus, etc),
- Uso de drogas teratogênicas,
- Diabetes mellitus da gravidez,
- Gestação múltipla,
- Indicado entre a 11ª e 14ª semanas de gravidez,
- Alterações do líquido amniótico (aumento ou diminuição),
- Gestação prévia com alteração genética,
- Análise morfológica,
- Biometria fetal completa,
- Rastreamento de aneuploidias.

OBS: Época ideal para avaliar a morfologia fetal é entre 18 – 24 semanas de gestação.

PRÉ REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico.

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Ginecologista,
- Obstetra.

MARCAÇÃO / AUTORIZAÇÃO: CMA / CCR.

DECRETO DE Nº 74, DE 13 DE JULHO DE 2009.

Ementa: “Dispõe sobre a abertura de Crédito Adicional Suplementar dando providências correlatas”.

O Prefeito Municipal de Valença, Estado do Rio de Janeiro, eleito e empossado na forma da Lei, usando de suas atribuições legais e considerando o que dispõe o Inciso I, do artigo 7º. da Lei nº. 2.429 de 18 de março de 2009.

DECRETA

Artigo 1º - Fica aberto o Crédito Adicional Suplementar até o valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), para atender as despesas, assim codificado:

U.O	Identificação do Programa	Funcional Programática	Categoria Econômica	Recurso	Valor da Dotação
02.06	Manut. E Operac. De Escolas de Ensino Fundamental	12.361.0403.2.022	33.90.39	15	50.000,00
	TOTAL				50.000,00

Artigo 2º - A fonte de recurso para abertura do presente Crédito Adicional Suplementar será proveniente de anulação das seguintes dotações do Orçamento Municipal em vigor:

U.O	Identificação do Programa	Funcional Programática	Categoria Econômica	Recurso	Valor da Dotação
02.06	Manut. E Operac. De Escolas de Ensino Fundamental	12.361.0403.2.022	33.90.30	15	50.000,00
	TOTAL				50.000,00

Artigo 3º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito, 13 de julho de 2009.

Vicente de Paula de Souza Guedes
Prefeito Municipal



DECRETO n.º 079, de 20 de JULHO DE 2009.

EMENTA: *Dispõe sobre a Instituição do Regime Especial de Escrituração Fiscal Eletrônica - REFE, aos prestadores e tomadores de serviços, sujeitos à tributação do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN; a Emissão de Guias de Recolhimento de Tributos Municipais, aos contribuintes sediados ou estabelecidos no Município de Valença, e dá outras providências.*

Vicente de Paula de Souza Guedes, Prefeito do Município de Valença, no uso das atribuições que me são conferidas por Lei, e

Considerando as disposições legais contida nos artigos 144, 150, 151, 163, § 1º e 168, da Lei Complementar nº 39, de 26 de novembro de 2001;

Considerando, ainda, que a Prefeitura deve dispor e instituir sistemas operacionais para melhor controlar e fiscalizar a arrecadação dos tributos municipais; e

Considerando, finalmente, que o sistema propiciará maior comodidade, facilidade, otimização e agilidade aos contribuintes, responsáveis e operadores pelas informações, junto ao órgão público.

DECRETA

Art. 1º. Fica instituído no Município de Valença, o Regime Especial de Escrituração Fiscal Eletrônica - REFE, aos prestadores e tomadores de serviços, sujeitos à tributação do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN e a Emissão de Guias de Recolhimento de Tributos Municipais, aos contribuintes sediados ou estabelecidos no município, com fundamento nos artigos 144, 150, 151, 163, § 1º e 168, da Lei Complementar nº 39, de 26 de novembro de 2001, e disposições contidas no presente Decreto.

Art. 2º. O Regime Especial de Escrituração Fiscal Eletrônica – REFE e a Emissão de Guias de Recolhimento, funcionarão através do Sistema Informatizado (software) - Eletrônico (via *web-internet*), disponibilizado pela Prefeitura, em seu endereço eletrônico: www.valenca.rj.gov.br, no link: “ISSe”, tanto para os contribuintes como para os administradores.

Art. 3º. O Sistema Informatizado (software) - Eletrônico (via *web-internet*), compreende-se: a Declaração Fiscal de Serviço Eletrônica; a Nota Fiscal de Serviço Eletrônica; os Livros Fiscais de Serviços Eletrônicos; e a Emissão de Guias de Recolhimento do ISS sobre o Faturamento, ISS Estimado e o ISS Fixo para Autônomo e das Taxas Tributárias e Preços Públicos.

Parágrafo único. A forma de operacionalização do Sistema Informatizado (software) - Eletrônico (via *web-internet*), será de acordo com o “Manual do Contribuinte”, disponível no próprio sistema, estando todos os contribuintes cientes de seu conteúdo, sendo que será utilizado nas decisões e julgamentos administrativos ou judiciais.

Art. 4º. Os contribuintes, prestadores de serviços, sujeitos à tributação do ISS sobre o Faturamento, deverão efetuar a escrituração fiscal mensal de todas as suas operações comerciais de prestação de serviços, através da Declaração Fiscal de Serviço Eletrônica, exceto os que estiverem enquadrados na Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, bem como a Emissão da Guia de Recolhimento do imposto devido, a partir de 1º de agosto de 2009.

Art. 5º. Os contribuintes do ISS - Fixo ou ISS Estimado, das Taxas Tributárias e Preços Públicos, deverão obter suas Guias de

Recolhimento, através do Sistema Informatizado (software) - Eletrônico (via *web-internet*), quando forem Notificados do Lançamento que poderá ser pessoal, via correio ou edital., conforme dispuser a Portaria da Secretaria Municipal de Fazenda.

Art. 6º. Fica instituído no município de Valença, o Regime de Substituição e Responsabilidade Tributária Total pela Retenção, Declaração e Recolhimento pelos Tomadores de Serviços, do Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN devido pelos prestadores de serviços.

Parágrafo único. A partir de 1º de agosto de 2009, todos os contribuintes, sediados ou estabelecidos no município de Valença, quando tomarem qualquer tipo de serviço, respeitadas às regras contidas na Lei Municipal nº 39/2001, de prestadores de serviços sediados e/ou estabelecidos, ou não, no município de Valença, deverão reter o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN devido pelos mesmos, efetuar a Declaração Fiscal de Serviço Eletrônica, Emitir a Guia de Recolhimento e Efetuar o Pagamento do imposto aos cofres municipais até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao recebimento do serviço, independentemente da forma e prazo de pagamento ao prestador do serviço.

Art. 7º. Todos os contribuintes, prestadores de serviços, sujeitos à tributação do ISS sobre Faturamento e ISS-Fixo ou Estimado, deverão aderir ao Sistema de Emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, até o prazo máximo de 31 de dezembro de 2009, através de Requerimento padronizado pela Prefeitura, juntamente com os documentos constantes do artigo 8º, deste Decreto, inclusive os contribuintes que utilizam o sistema de Nota Fiscal Conjugada.

Parágrafo único. Alguns contribuintes, a critério da Secretaria Municipal de Fazenda, com faturamento inferior a R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) por ano, poderão ser excluídos deste Sistema, mediante pedido fundamentado e comprovado.

Art. 8º. Sem prejuízo do artigo anterior, a Secretaria Municipal de Fazenda, poderá a seu critério, incluir os contribuintes no Sistema de Emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, através de Termo de Intimação, para que apresente no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados do seu recebimento, cópia simples dos seguintes documentos:

- I - contrato ou estatuto social, quando for o caso ou documento equivalente;
- II - cartão atualizado do CNPJ;
- III - cédula de identidade - RG e ficha de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF do Contribuinte, ou procuração específica quando representado;
- IV - livro de Registro de Notas Fiscais de Serviços Prestados e Livro de Ocorrências;
- V – as Notas Fiscais ainda não utilizadas, sejam em blocos, formulários contínuos ou quaisquer outros modelos; e
- VI - demais documentos elencados na Legislação Vigente.

Art. 9º. O contribuinte, uma vez incluído no Sistema de Emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, por ocasião da prestação de serviço, somente poderá emitir este tipo de Nota Fiscal de Serviço, que ficará registrada e armazenada eletronicamente no Sistema na Prefeitura do Município de Valença, estando terminantemente impedido de fazê-lo de qualquer outra forma

Art. 10. O modelo da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, será de acordo com o modelo anexo a esse Decreto.



Art. 11. No caso de eventual impedimento da Emissão da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, o contribuinte deverá emitir Recibo Provisório de Serviço - RPS, e substituí-lo pela Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas, na forma deste Decreto.

§ 1º. O Recibo Provisório de Serviço – RPS, emitido, para todos os fins de direito, perderá sua validade, após transcorrido o prazo previsto no “caput”, deste artigo, equiparando-se a não-emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica – NFS-e.

§ 2º. A não-substituição do Recibo Provisório de Serviço - RPS pela Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, ou a substituição fora do prazo, sujeitará o prestador de serviços às penalidades previstas na legislação em vigor.

Art. 12. O Recibo Provisório de Serviço - RPS deverá ser impresso pelo contribuinte, após o seu enquadramento no Sistema de Emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, com prévia aprovação e autorização da Autoridade Fazendária, no próprio sistema e apresentado na Secretaria da Receita de Valença para serem cancelados e assinados pela autoridade competente para validação.

§ 1º. O Recibo Provisório de Serviço - RPS deverá ser emitido em 2 (duas) vias, sendo a 1ª (primeira) entregue ao tomador de serviços e a 2ª (segunda) para o emitente.

§ 2º. Havendo indício, suspeita ou prova fundada de que a emissão do Recibo Provisório de Serviço - RPS esteja impossibilitando a perfeita apuração dos serviços prestados, da receita auferida e do imposto devido, a Secretaria da Receita, poderá obrigar o contribuinte a emitir o RPS mediante Autorização de Impressão de Documento Fiscal – AI-DG.

Art. 13. A Nota Fiscal de Serviço Eletrônica poderá ser cancelada pelo emitente, por meio do Sistema, antes do pagamento do Imposto.

Parágrafo único. Após o pagamento do Imposto, a Nota Fiscal de Serviço Eletrônica somente poderá ser cancelada por meio de Processo Administrativo, conforme dispuser a Secretaria Municipal de Fazenda através de Portaria interna própria.

Art. 14. Serão fornecidos aos contribuintes um “LOGIN” e uma “SENHA” para acesso aos Sistemas de Escrituração Fiscal Eletrônica e/ou Emissão de Guias de Recolhimento, mediante cadastro e aprovação prévia da Secretaria Municipal de Fazenda.

Parágrafo único. O “LOGIN” e “SENHA” fornecidos pela Prefeitura, serão provisórios, devendo o responsável substituí-la de imediato, ficando a Prefeitura isenta de quaisquer responsabilidades na sua omissão, inclusive quando fornecida a terceiros.

Art. 15. O não atendimento as disposições contidas neste Decreto, acarretará aos infratores ao pagamento dos tributos devidos, as penalidades previstas nas legislações vigentes inclusive penas e demais cominações legais.

Art. 16. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial o Decreto Municipal nº 10, de 4 de fevereiro de 2002, para os contribuintes obrigados a se enquadrar no Sistema de Emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica, conforme dispõe este Decreto.

Valença, em 20 de julho de 2009.

Vicente de Paula de Souza Guedes
Prefeito

Cristina de Oliveira Malta
Secretária Municipal de Fazenda

REPUBLICAÇÃO

INSTÂNCIA DE CONTROLE SOCIAL DO PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA

De acordo com a Lei 10.836/04, e o Decreto 5.209/04, e de acordo com a instrução normativa 01/2005 do Ministério de Desenvolvimento Social, que divulga e orienta os Municípios para a constituição de instância de controle social do Programa Bolsa Família, o Conselho Municipal de Assistência Social realizou uma reunião extraordinária 22/06/2009 para debater a melhor forma de instituir esta Instância e quais critérios seriam utilizados para a eleição de seus membros, sendo que o Conselho é o soberano na decisão destes critérios. A lei dispõe que o controle e a participação social do PBF serão realizados em âmbito local e estadual por instância, conselho ou comitê, instalada pelo respectivo Poder Público, respeitada a intersectorialidade e a paridade entre governo e sociedade. As instâncias, conselhos ou comitês são órgãos de caráter permanente, com as funções de acompanhar, avaliar e fiscalizar a execução do Programa Bolsa Família. Assim:

1) A Instância de Controle Social (ICS) deverá ser constituída por membros da sociedade civil e do governo, paritariamente, de acordo com a formação abaixo:

Governo: 1 representante da Secretaria de Saúde
1 representante da Secretaria de Educação
1 representante da Secretaria de Assistência Social (programas PAIF ou CREAS)
1 representante da Secretaria de Habitação

Sociedade Civil: 1 representante de Entidade Religiosa
1 representante da Câmara de Vereadores
1 Usuário do Bolsa Família do bairro com maior número de usuários
1 Usuário do Bolsa Família do Distrito com maior número de usuários

2) No caso do usuário do bairro, a associação de moradores do respectivo bairro escolherá um representante usuário da comunidade, para que tenha legitimidade. O mesmo deverá ser feito no Distrito escolhido. O bairro com maior número de usuários do Programa Bolsa Família é o Cambota, e o Distrito com maior número de usuários é Barão de Juparanã.

3) As entidades escolhidas para serem representadas na ICS deverão eleger seus representantes.

4) O mandato dos membros da ICS será de 02 anos, podendo ser reconduzida somente metade dos membros, paritariamente, por igual período.

5) Caso o comportamento de um dos membros não seja condizente com a função exercida, o fato deverá ser levado ao CMAS para discussão e providências adequadas.

A população tem o direito e o dever de opinar. As sugestões devem ser encaminhadas para o Conselho Municipal de Assistência Social, à Av. Nilo Peçanha, 716 – Centro.

Comunicamos à população que as aulas do 2º semestre na Rede Municipal de Ensino, terão início no dia 03 de agosto, uma vez que a Vigilância em Saúde está monitorando os casos de gripe neste Município e não há nenhum problema comprovado. Caso haja mudança nesse quadro, outras medidas serão tomadas.

Professora Dilma Dantas
Secretária Municipal de Educação Interina



ATOS DO PODER LEGISLATIVO

LEI COMPLEMENTAR N.º 112 de 01 de julho de 2009.

(Projeto de Complementar n.º 09 oriundo do Poder Executivo)

Cria o nível 45, do anexo III da Lei Complementar Municipal n.º 27, de 28 de setembro de 1999, enquadrando a remuneração dos servidores municipais das classes de Arquiteto, Engenheiro Civil, Engenheiro Agrônomo e Engenheiro Químico, dando, inclusive, outras providências.

A Câmara Municipal de Valença **RESOLVE**:

Art. 1º - O vencimento do anexo III, da Lei Complementar Municipal n.º 27, de 28 de setembro de 1999, dos profissionais das classes de Arquiteto, Engenheiro Civil, Engenheiro Agrônomo e Engenheiro Químico passam do nível 28 para o nível 45 (quarenta e cinco).

PARAGRAFO ÚNICO – Para atender o disposto neste artigo, o Anexo III da Lei Complementar Municipal n.º 27, de 28 de setembro de 1999, com suas alterações posteriores, fica acrescido do nível 45, nos seguintes valores:

REFERÊNCIAS										
Nível	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
45	2.712,91	2.794,30	2.878,13	2.964,47	3.053,40	3.145,01	3.239,36	3.336,54	3.436,63	3.539,73

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, surtindo seus efeitos a partir do dia de 1º de janeiro de 2009.

Sala “Pedro Gomes” em 01 de julho de 2009.

Luiz Fernando Furtado da Graça
PRESIDENTE

Salvador de Souza
VICE-PRESIDENTE

Paulo Jorge César
1º SECRETÁRIO

José Reinaldo Alves Bastos
2º SECRETÁRIO

Usando das atribuições que me são conferidas SANCIONO a presente Lei Complementar. Extraíam-se cópias para as devidas publicações.
Gabinete do Presidente, em **10/07/2009**

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES
PREFEITO

PONTOS DE CULTURA

No último dia 29 de julho, a Secretária Municipal de Cultura e Turismo, Daniele Luzie Dantas Mazzêo, participou da solenidade de apresentação dos novos 150 Pontos de Cultura do Estado do Rio de Janeiro, que aconteceu no Palácio Guanabara.

O evento contou com a presença do Governador Sérgio Cabral e do Ministro da Cultura, Juca Ferreira. O edital para seleção dos Pontos de Cultura contemplou projetos de 69 municípios do Estado do Rio.

Valença foi contemplada com o Projeto de Integração dos Movimentos Culturais e Afro-Descendentes, com a AGFORV – Associação dos Grupos de Folias de Valença.

Lei .º 2.450 de 29 de junho de 2009.

(Projeto de Lei n.º 30 oriundo da mensagem n.º 021 do Poder Executivo)

Dispõe sobre abertura de Crédito Adicional Especial Suplementar no valor de R\$ 226.000,00 (duzentos e vinte e seis mil reais).
A Câmara Municipal de Valença, **RESOLVE**:

Artigo 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a abrir, por decreto, Crédito Adicional Especial até o valor de R\$ 226.000,00 (duzentos e vinte e seis mil reais), para atender as despesas, assim codificadas:

U.O	Identificação do Programa	Funcional Programática	Categoria Econômica	Recurso	Valor da Dotação
04.01	Manutenção do Programa Bolsa Família	08.244.1002.2080	31.90.04.00	17	21.000,00
			33.90.30.00		20.000,00
			33.90.36.00		30.000,00
			33.90.39.00		24.000,00
04.01	PRÓ-JOVEM	08.243.0125.1.029	31.90.04.00	17	32.200,00
			33.90.30.00		53.000,00
			33.90.36.00		30.800,00
			33.90.39.00		10.000,00
TOTAL					226.000,00

Artigo 2º - A fonte de recurso para abertura do presente Crédito Adicional Especial Suplementar é proveniente de anulação das seguintes dotações do orçamento Municipal em vigor:

U.O	Identificação do Programa	Funcional Programática	Categoria Econômica	Recurso	Valor da Dotação
04.01	Manutenção do Programa Bolsa Família	824.410.022.080	31.90.30.00	17	40.000,00
			33.90.36.00		30.000,00
			33.90.39.00		25.000,00
			44.90.52.00		5.000,00
04.01	PRÓ-JOVEM	08.243.0125.1.029	31.90.30.00	17	53.000,00
			33.90.36.00		63.000,00
			33.90.39.00		10.000,00
			TOTAL		

Artigo 3º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em 29 de junho de 2009.

Luiz Fernando Furtado da Graça
PRESIDENTE

Salvador de Souza
VICE-PRESIDENTE

Paulo Jorge César
1º SECRETÁRIO

José Reinaldo Alves Bastos
2º SECRETÁRIO

Usando das atribuições que me são conferidas SANCIONO a presente Lei Complementar. Extraíam-se cópias para as devidas publicações.
Gabinete do Presidente, em **10/07/2009**

VICENTE DE PAULA DE SOUZA GUEDES
PREFEITO