



**RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.011, DE 09 DE ABRIL DE 2026.**

Institui os Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras, bem como as regras de ressarcimento e monitoramento do procedimento Terapia de Plasmaférese em Doenças Raras, no âmbito do SUS/MG.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 43, da Lei Estadual nº 24.313, de 28 de abril de 2023 e, considerando:

- o Memorando SES/SUBRAS-SAE-DPE-CASPD-DR nº. 103/2026;
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.696, de 09 de abril de 2026, que aprova as matérias pactuadas na 328ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG.

**RESOLVE:**

Art. 1º – Instituir os Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras (CRP-DR), bem como as regras de ressarcimento e monitoramento do procedimento de Plasmaférese Terapêutica (TPE) no âmbito do SUS/MG.

Art. 2º – A Plasmaférese Terapêutica (TPE) compreende a troca terapêutica de plasma por equipamento automatizado, com reposição por albumina e/ou plasma, conforme Protocolo Estadual estabelecido pela Fundação Hemominas e guideline da American Society for Apheresis (ASFA).

Art. 3º - Esse procedimento deverá ser indicado conforme doenças contempladas pela ASFA bem como avaliadas e aprovadas pela Fundação Hemominas.

§ 1º –São indicações priorizadas:

- I - Síndrome de Guillain-Barré;
- II - Neuromielite Óptica (NMOSD);
- III - Púrpura Trombocitopênica Trombótica (iTTP);
- IV - Miastenia Gravis em crise ou exacerbação, sem prejuízo de outras contempladas pela ASFA e avaliadas pela Fundação Hemominas.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 2º – Os códigos associados ao procedimento de Aférese Terapêutica (SIGTAP 03.06.02.001-7) que serão contemplados por essa Resolução serão detalhados por meio de Nota técnica orientando sobre registro de produção, a qual estará em conformidade com o Protocolo Estadual estabelecido pela Fundação Hemominas a ser publicado, sendo passível a execução do procedimento conforme sua aprovação.

Art. 4º – A instituição dos Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras tem por finalidade ampliar a oferta de Plasmaférese Terapêutica (TPE) no âmbito do SUS/MG, mediante articulação entre a Secretaria de Estado de Saúde, a Fundação Hemominas e os hospitais elencados, fortalecendo a rede assistencial e qualificando a atenção às doenças raras em Minas Gerais.

Art. 5º – A estratégia de implementação consiste na disponibilização da Plasmaférese Terapêutica (TPE), sob orientação técnica e autorização do procedimento pela Fundação Hemominas, e execução pelos Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras, sendo seus objetivos:

- I – ampliar a oferta de Plasmaférese Terapêutica (TPE) e garantir o acesso dos pacientes com indicação clínica;
- II – promover a capilarização da oferta do procedimento em diferentes estabelecimentos de saúde do território estadual;
- III – assegurar atendimento eficaz e tempestivo aos pacientes com indicação de Plasmaférese Terapêutica (TPE).

Art. 6º – A definição dos Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras observará, cumulativa e prioritariamente, os seguintes critérios, em consonância com a Política Estadual Continuada de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS):

- I – realizar Plasmaférese Terapêutica (TPE) e demais procedimentos de aférese compatíveis, com registro regular de produção no SIH/SUS, conforme códigos correspondentes no SIGTAP;
- II – preferencialmente possuir habilitação ou credenciamento como Serviço de Referência em Doenças Raras (SRDR);
- III – comprovar qualificação técnica específica para TPE, mediante certificação emitida pela Fundação Hemominas, atestando a conformidade dos processos assistenciais e de segurança transfusional;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

IV – dispor de infraestrutura necessária à execução segura da TPE, incluindo, no mínimo:

- a) agência transfusional com provisão adequada de hemocomponentes;
- b) equipamento de aférese por centrifugação em condições operacionais;
- c) área assistencial adequada ao procedimento;

V – contar com equipe técnica de hemoterapia qualificada e disponível para execução e acompanhamento do procedimento;

VI – dispor de corpo clínico especializado, com equipe composta por profissionais das áreas de hematologia, neurologia e nefrologia, considerando os principais grupos etiológicos das doenças raras que demandam TPE;

VII – possuir leitos de terapia intensiva (UTI/CTI) para suporte clínico, manejo de intercorrências e monitoramento de pacientes com maior complexidade;

VIII – configurar-se como hospital de alta complexidade, com capacidade instalada, fluxo assistencial estruturado e garantia de continuidade do cuidado aos pacientes com doenças raras.

Art. 7º – São reconhecidos como Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras (CRP-DR) os estabelecimentos de saúde constantes do Anexo IV desta Resolução, que atendem aos critérios técnicos e assistenciais previstos no Art. 5º, realizam efetivamente o procedimento de Plasmaférese Terapêutica e registram regularmente a produção no SIH/SUS.

§ 1º – A inclusão de novos serviços dependerá do cumprimento integral dos requisitos estabelecidos nesta Resolução e de solicitação formal à SES/MG, dirigida à área técnica competente (CASPD/DR), por meio do SEI, para análise de viabilidade e inclusão nesta Resolução com concordância da Fundação Hemominas.

§ 2º – O estabelecimento de saúde deve atender aos requisitos técnicos para a execução da Plasmaférese Terapêutica (TPE) por método de centrifugação, com coleta de sangue total, separação por força centrífuga, descarte do plasma e reposições por solução adequada (albumina e/ou plasma), com reinfusão dos componentes celulares, conforme normas técnicas vigentes.

§ 3º – A Fundação Hemominas realizará treinamento inicial e ações de capacitação para as equipes dos estabelecimentos executantes, abrangendo avaliação de indicações, segurança transfusional e o fluxo de submissão e ratificação dos procedimentos.

§ 4º – A grade de referência assistencial dos serviços encontra-se disposta no Anexo IV desta Resolução, em conformidade com a Grade de Referência para Doenças Raras vigente no



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Estado, observadas as áreas de abrangência por macrorregião para os Serviços de Referência em Doenças Raras (SRDR).

§ 5º - Quando o estabelecimento reconhecido como Centro de Referência não se caracterizar como SRDR, a abrangência e os fluxos de contrarreferência deverão respeitar a Grade de Doenças Raras, garantindo a coordenação do cuidado com os SRDR responsáveis por eixos/etapas do tratamento e a integração com a Fundação Hemominas, sem prejuízo da execução da TPE quando indicada.

§ 6º - Caberá à SES/MG manter o Anexo IV desta Resolução atualizado sempre que houver alterações na Grade de Referência para Doenças Raras, na distribuição macrorregional, na certificação de novos CRP-DR ou na habilitação de novos SRDR, resguardada a continuidade assistencial.

Art. 8º – As indicações clínicas observarão o guideline da ASFA (American Society for Apheresis) e o Protocolo Estadual estabelecido pelo Hemominas, sendo o número de sessões definido segundo essas referências e a avaliação do médico hemoterapeuta em conjunto com a equipe assistente do Hemominas.

§ 1º – A Fundação Hemominas irá elaborar Protocolo Estadual orientador, em consonância com a SES/MG, com, no mínimo, as seguintes informações:

I - descrição dos critérios diagnósticos e das principais indicações;

II - descrição dos parâmetros para definição do número de procedimentos aplicados em cada caso, e

III - definição do fluxo para aprovação do procedimento pelo Hemominas.

§ 2º – O procedimento de Plasmaférese Terapêutica (TPE) somente poderá ser iniciado após autorização prévia da Fundação Hemominas.

§ 3º – Excepcionalmente, nos casos relacionados às indicações ASFA categorias I e II (procedimento de urgência clínica), o início do tratamento poderá ocorrer de imediato, com posterior encaminhamento da justificativa à Fundação Hemominas, a qual deverá proceder com a autorização a posteriori para ser contabilizado na produção.

Art. 9º – Para definição do valor de ressarcimento da Plasmaférese Terapêutica (TPE) e do correspondente planejamento orçamentário, adota-se o cenário estabelecido no estudo técnico no Anexo I, limitado aos seguintes parâmetros:

I – estimativa de 126 pacientes/ano;

II – realização de 6 sessões por paciente para cada protocolo autorizado;

III – total de 756 sessões/ano;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

IV – valor de R\$ 6.000,00 por sessão;

§ 1º – A consolidação dos valores acima considera os seguintes componentes técnico-econômicos:

I – custos diretos associados à TPE, abrangendo insumos descartáveis, soluções substitutivas (albumina e/ou plasma), kits, acessórios, equipe especializada, uso do equipamento e suporte operacional;

II – delimitação das indicações clínicas elegíveis, conforme guideline da ASFA e Protocolo Estadual estabelecido pelo Hemominas, restritas às condições reconhecidas pela Fundação Hemominas;

III – estimativa dos quantitativos de insumos e recursos assistenciais necessários à realização das 6 sessões por paciente a cada protocolo autorizado;

IV – cálculo da média de custos dos insumos críticos, kits e itens complementares indispensáveis à execução da TPE.

§ 2º – O detalhamento metodológico e os memoriais de cálculo referentes ao cenário proposto estão dispostos no Anexo I, que orienta o planejamento e o monitoramento do ressarcimento.

Art. 10 – O limite anual de alocação financeira para a execução da estratégia de Plasmaférese Terapêutica (TPE) será de até R\$ 4.536.000,00 (quatro milhões, quinhentos e trinta e seis mil reais), conforme parâmetros definidos no Art. 9º, e correrá por conta das dotações orçamentárias previstas para cada exercício na Lei Orçamentária Anual vigente.

§ 1º – Os valores individuais de repasse aos estabelecimentos de saúde executores serão publicados quadrimestralmente em resolução específica, com base nos procedimentos autorizados pelo Hemominas, produção efetivamente registrada e conforme metodologia disposta nos Anexos II e III desta Resolução.

§ 2º – Fica sob a responsabilidade da Fundação Hemominas o controle e a autorização dos procedimentos de Plasmaférese Terapêutica, respeitado o limite de 756 sessões de TPE anuais e o teto financeiro estabelecido nessa Resolução.

§ 3º – As sessões autorizadas e executadas além do limite estabelecido não serão contabilizadas para efeito de ressarcimento.

§ 4º – Excepcionalmente, caso as sessões excedentes executadas estejam vinculadas aos casos relacionados às indicações ASFA categorias I e II (procedimento de urgência clínica), o valor será ressarcido no ano subsequente ao qual o procedimento foi realizado.

§ 5º – Na hipótese do parágrafo 4º, a Fundação Hemominas, ao fazer a autorização retroativa do protocolo de sessões e identificar que o teto financeiro já foi ultrapassado, deverá



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

comunicar imediatamente a SES/MG e aos Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras (CRP-DR).

§ 6º – Uma vez atingido o teto financeiro anual previsto nessa resolução, os procedimentos executados não poderão ser mais ressarcidos até o início de exercício do ano subsequente.

Art. 11 – Os valores de que trata o Art. 10 serão repassados na modalidade de ressarcimento pela realização da Plasmaférese Terapêutica (TPE), mediante comprovação do procedimento devidamente lançado pelo estabelecimento de saúde no SIHSUS, conforme cronograma e demais critérios dispostos no Anexo III, sendo transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde executores.

Parágrafo único – Os repasses ocorrerão na conta específica do bloco de financiamento de Gestão Estratégica de Saúde de nos termos do Decreto Estadual nº 49.080/2025.

Art. 12 - Para fazer jus aos valores dispostos nesta Resolução, os beneficiários deverão assinar Termo de Adesão, nos termos do Decreto Estadual nº 49.080/2025, em sistema eletrônico disponibilizado pela SES/MG, no prazo de até 10 (dez) dias úteis ou corridos, podendo ser prorrogado por igual período em caso fortuito ou de força maior.

Art. 13 - O indicador para pagamento e as regras de monitoramento estão estabelecidos no Anexo II desta Resolução.

Parágrafo único - Os recursos dos resultados do indicador apresentado pelos beneficiários deverão ser analisados pelas Comissões Macrorregionais de Saúde de Redes de Atenção à Saúde, estabelecidas pelo Decreto 49.080/2025.

Art. 14 – O recurso financeiro de que trata o Art. 10 deverá ser utilizado exclusivamente para a execução da Plasmaférese Terapêutica (TPE), em conformidade com o objetivo da estratégia de saúde instituída por esta Resolução.

§ 1º – Para fins de implementação da estratégia, constituem-se como usos permitidos do recurso:

I – execução do procedimento de Plasmaférese Terapêutica por Centrifugação;

II – execução direta ou indireta do procedimento pelo estabelecimento de saúde, desde que observadas as normas técnicas e regulamentares aplicáveis.

§ 2º – É vedada a utilização do recurso para qualquer finalidade diversa da prevista nesta Resolução.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 3º – Deverão ser observadas as vedações dispostas no art. 11 do Decreto nº49.080/2025.

Art. 15 - As regras de financiamento e os respectivos valores dispostos nesta Resolução terão a vigência de 60 (sessenta) meses, devendo as diretrizes sobre competências futuras serem divulgadas em nova Resolução específica, conforme Lei Orçamentária Anual vigente.

Art. 16 - Os termos a serem firmados entram em vigor na data de sua assinatura e permanecerão válidos enquanto perdurarem as condições estabelecidas por esta Resolução, limitado a 60 (sessenta) meses, podendo ser rescindido por qualquer das partes mediante comunicação formal.

Art. 17 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 09 de abril de 2026.

**FÁBIO BACCHERETTI VITOR  
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

**ANEXOS I, II, III E IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.011, DE 09 DE ABRIL DE 2026 (disponível no sítio eletrônico [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)).**



## LEVANTAMENTOS TÉCNICOS PARA DEFINIÇÃO DOS VALORES DE RESSARCIMENTO

### 1. Levantamento da Demanda

1.1 – Estudo Analítico: Incidência, Estimativa para Minas Gerais e Percentual de Pacientes com Indicação de TPE:

O presente estudo estima, de forma estruturada e metodologicamente fundamentada, a demanda anual potencial por Terapia por Plasmaférese (TPE) no âmbito do SUS/MG. Foram consideradas exclusivamente condições clínicas cuja indicação terapêutica é formalmente reconhecida pela Fundação Hemominas e classificadas pela ASFA (American Society for Apheresis) predominantemente nas categorias I e II de indicação.

As incidências foram obtidas a partir de revisões sistemáticas e estudos epidemiológicos internacionais e aplicadas à população de Minas Gerais estimada para 2025 (21.393.441 habitantes — IBGE).

Quadro 1 – Estimativa de pacientes com indicação de TPE

| Doença   | Incidência (por 100 mil/ano) | Casos/ano – MG | % com indicação de TPE (planejamento) | Pacientes/ano            |
|--|------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Síndrome de GuillainBarré (SGB)                  | 0,40–1,60                    | 86             | 60%                                   | <b>52</b>                |
| Neuromielite Óptica (NMOSD)                      | 0,03–0,28                    | 6              | 40%                                   | <b>2</b>                 |
| Púrpura Trombocitopênica Trombótica imune (iTTP) | 0,20–0,60 (2–6/milhão)       | 43             | ~100%                                 | <b>43</b>                |
| Miastenia gravis (crise/exacerbação)             | 0,90–2,30                    | 193            | 15%                                   | <b>29</b>                |
| <b>TOTAL estimado</b>                            | —                            | —              | —                                     | <b>126 pacientes/ano</b> |

1.2 – Seleção das doenças contempladas:

Foram incluídas condições com indicação terapêutica formal de TPE, reconhecidas pela Fundação Hemominas:

- Síndrome de Guillain-Barré (SGB)
- Neuromielite Óptica (NMOSD)
- Púrpura Trombocitopênica Trombótica imune (iTTP)
- Miastenia gravis em crise/exacerbação (MG)



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

A seleção está alinhada às diretrizes **ASFA** e ao escopo assistencial da rede estadual de aférese.

**1.3 – Definição dos percentuais de pacientes que necessitam de TPE:**

Os percentuais que definem a proporção de pacientes incidentes com indicação de TPE não derivam de epidemiologia populacional, mas sim de:

Recomendações da **ASFA**,  
Prática clínica de centros especializados,  
Parâmetros consolidados em literatura de referência.

Exemplos:

- **SGB:** 40–60% dos casos necessitam TPE (formas moderadas a graves)
- **iTTP:** ~100% dos casos requerem TPE como terapia padrão e obrigatória

**2. Levantamento dos custos estimados do procedimento:**

**2.1 – Custos diretos da Plasmaférese Terapêutica por Centrifugação:**

| <b>Descrição</b>                        | <b>Valor Médio</b> | <b>Quantidade/Procedimento</b> | <b>Total por Procedimento</b> |
|---|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Kit descartável específico para TPE     | R\$ 1.030,00       | 1                              | R\$ 1.030,00                  |
| Insumos (soluções, soro, albumina etc.) | R\$ 350,00/unidade | 14 unidades (média)            | R\$ 4.900,00                  |
| <b>Subtotal – Insumos</b>               | —                  | —                              | <b>R\$ 5.930,00</b>           |

Outros custos pertinentes

- Locação/comodato do equipamento: R\$ 7.500,00/mês
- Aquisição do equipamento: R\$ 512.000,00 (varia conforme fabricante)
- Custo estimado por sessão de TPE (sem equipamento e RH): R\$ 5.930,00

**3. Estimativa do orçamento anual da iniciativa:**

Com base nos componentes epidemiológicos (incidência × população MG), prática clínica (percentual que necessita TPE) e parâmetros do cenário, a estimativa resultou em:

Tabela – Cenário consolidado



| Pacientes/ano | Sessões/paciente | Total de sessões/ano | Valor por sessão | Impacto anual estimado |
|---------------|------------------|----------------------|------------------|------------------------|
| 126           | 6                | 756                  | R\$ 6.000,00     | R\$ 4.536.000,00       |

Premissas utilizadas:

1. **Número estimado de pacientes/ano:**

Obtido aplicando-se incidências epidemiológicas internacionais à população de MG. (SGB, NMOSD, iTTP, MG crise).

2. **Número médio de sessões por paciente:**

Embora a média real observada em MG seja 4,4 sessões por paciente, adota-se 6 sessões como referência conservadora, garantindo segurança assistencial e financeira diante da variação clínica.

3. **Valor de ressarcimento por sessão:**

Fixado em **R\$ 6.000,00**, incluindo insumos descartáveis, soluções substitutivas (plasma/albumina), equipe especializada, uso do equipamento e logística.

Este valor supera o SIGTAP por refletir o custo real do procedimento, historicamente subestimado no sistema nacional.

**4. Referências Bibliográficas:**

1. WACHIRA, V. K.; FARINASSO, C. M.; SILVA, R. B.; PEIXOTO, H. M.; OLIVEIRA, M. R. F. Incidence of Guillain-Barré syndrome in the world between 1985 and 2020: a systematic review. *Global Epidemiology*, v. 5, p. 100098, 2023. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/profile/Virginia-Wachira-2/.../Incidence-of-Guillain-Barre-syndrome-in-the-world-between-1985-and-2020-A-systematic-review.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[journals.plos.org](https://journals.plos.org)]
2. EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA). Incidence rates of adverse events of special interest: Guillain-Barré syndrome and Bell's palsy. Amsterdã: EMA, 18 mar. 2021. Disponível em: <[https://catalogues.ema.europa.eu/sites/default/files/document\\_files/IMS%20FR%20and%20DE%20-%20incidence%20rates%20Bells%20palsy%20and%20GBS.pdf](https://catalogues.ema.europa.eu/sites/default/files/document_files/IMS%20FR%20and%20DE%20-%20incidence%20rates%20Bells%20palsy%20and%20GBS.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[link.springer.com](https://link.springer.com)]
3. CAPASSO, A.; OMPAD, D. C.; VIEIRA, D. L.; WILDER-SMITH, A.; TOZAN, Y. Incidence of Guillain-Barré Syndrome in Latin America and the Caribbean before and during the 2015–2016 Zika virus epidemic: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v. 13, n. 8, e0007622, 2019. DOI: 10.1371/journal.pntd.0007622. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007622>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[nature.com](https://nature.com)]
4. BAGHERIEH, S.; AFSHARI-SAFAVI, A.; VAHEB, S.; et al. Worldwide prevalence and incidence of neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) and neuromyelitis optica (NMO): a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, v. 44, p. 1905–1915, 2023. DOI: 10.1007/s10072-023-06617-y. Disponível em:



- <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10072-023-06617-y>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[neurology.org](https://www.neurology.org)]
5. PAPP, V.; MAGYARI, M.; AKTAS, O.; et al. Worldwide incidence and prevalence of neuromyelitis optica: a systematic review. *Neurology*, v. 96, p. 59-77, 2021. DOI: 10.1212/WNL.0000000000011153. Disponível em: <<https://www.neurology.org/doi/pdf/10.1212/WNL.0000000000011153>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[Worldwide...\(NMOSD ...\]](#)
  6. PISHKO, A. M.; LI, A.; CUKER, A. Immune Thrombotic Thrombocytopenic Purpura: a review. *JAMA*, v. 334, n. 6, p. 517-529, 2025. DOI: 10.1001/jama.2025.3807. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2834159>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[read.qxmd.com](#)]
  7. IPE, T. S.; DAVIS, A. R.; RAVAL, J. S. Therapeutic plasma exchange in myasthenia gravis: a systematic literature review and meta-analysis of comparative evidence. *Frontiers in Neurology*, v. 12, 662856, 2021. DOI: 10.3389/fneur.2021.662856. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2021.662856/full>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[mdpi.com](#)]
  8. DE BRUIJN, M. A. A. M.; LEYPOLDT, F.; DALMAU, J.; et al. Autoimmune encephalitis. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 11, 66, 2025. DOI: 10.1038/s41572-025-00650-1. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41572-025-00650-1.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2026. [[preview-ww...nature.com](#)]
  9. SIEGEL RARE NEUROIMMUNE ASSOCIATION (SRNA). Transverse Myelitis (TM) — Epidemiology. 2021. Disponível em: <<https://wearesrna.org/living-with-myelitis/disease-information/transverse-myelitis/epidemiology/>>. Acesso em: 25 fev.



## ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG N° 11.011, DE 09 DE ABRIL DE 2026

### MONITORAMENTO

#### **Indicador: Produção registrada de Plasmaférese Terapêutica (TPE) nos Centros Estaduais de Referência**

**Descrição:** Monitorar a capacidade dos Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras de executar, registrar e tornar passível de ressarcimento a produção do procedimento de Aférese Terapêutica, assegurando base técnica para apuração quadrimestral e cálculo de repasse.

**Aplicabilidade:** Estabelecimentos reconhecidos no Anexo IV como Centros Estaduais de Referência em Plasmaférese para Doenças Raras.

#### **Fórmula de cálculo:**

(Número de procedimentos de Aférese Terapêutica registrados no SIH/SUS e aprovados pelo Hemominas no quadrimestre) x R\$6.000,00

Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

**Unidade de medida:** Monetário

**Polaridade:** Maior - melhor.

Tipo de indicador: Com impacto financeiro

#### **Definições operacionais:**

- As orientações sobre o registro de produção bem como os códigos de procedimento a serem utilizados serão estabelecidos por meio de Nota técnica a ser publicada.

#### **Competência (tempo):**

Ano/mês de competência conforme cronograma oficial de monitoramento e pagamento definido no Anexo III.

#### **Responsáveis pelo monitoramento:**

Área técnica de Doenças Raras – CASPD/DR/SES-MG (coordenação, validação e publicação do resultado).

#### **Uso do indicador para pagamento (ressarcimento por produção):**

Valor de repasse = (Número de procedimentos de Aférese Terapêutica registrados no SIH/SUS\* e aprovados pelo Hemominas no quadrimestre) x R\$6.000,00 (considerando teto máximo de sessões autorizadas definido por essa Resolução).

\*Os códigos de procedimentos a serem utilizados para registro de produção serão detalhados em Nota técnica orientativa a ser publicada

O resultado quadrimestral será objeto de regulamentação por Resolução específica, devendo observar o cronograma de apuração e de pagamento estabelecido no Anexo III. O repasse dos



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

recursos está condicionado à dotação orçamentária anual prevista nesta Resolução, respeitado o teto financeiro estabelecido.

**Crítérios complementares:**

- A aferição será realizada quadrimestralmente pela SES/MG, com base nos dados oficiais aprovados, processados e validados pela Fundação Hemominas.
- Resultados e eventuais recursos deverão seguir os ritos de validação/temática de acompanhamento estabelecidos para indicadores monitorados no âmbito da Resolução (SES RESOLVE), nos prazos do **Anexo III**.

**Observações:**

A Fundação Hemominas mantém fluxos de avaliação e justificativa técnica, além de capacitações para qualificação das indicações, segurança transfusional e aprimoramento dos registros assistenciais.



### CRONOGRAMA E DEMAIS INFORMAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

Cronograma de Monitoramento e Pagamento:

| <b>Período de Monitoramento da base de dados</b> | <b>Apuração dos resultados</b> | <b>Cronograma de pagamento</b> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Janeiro a Abril                                  | Julho                          | Setembro do ano corrente       |
| Maió a Agosto                                    | Novembro                       | Fevereiro do ano seguinte      |
| Setembro a Dezembro                              | Março                          | Maió do ano seguinte           |

Observações:

- O repasse é realizado na modalidade de ressarcimento, com base na produção apurada no quadrimestre de referência, devidamente registrada no SIH-SUS, conforme metodologia definida nos Anexos II e III (Art. 9º, §1º, e Art. 10).
- Vigência e encerramento de ciclo: considerando o período de vigência estabelecido na norma, o último período de referência coberto por esta política será o 2º quadrimestre de 2029 (setembro a dezembro/2029), com apuração em março/2030 e pagamento em maio/2030. A eventual continuidade deverá ser disciplinada em ato sucessor.



**ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.011, DE 09 DE ABRIL DE 2026**

**CENTROS ESTADUAIS REFERÊNCIA EM PLASMAFÉRESE PARA DOENÇAS  
RARAS:**

| <b>Estabelecimento de Saúde</b>  | <b>CNES</b> | <b>Município sede</b> | <b>Serviço de Referência em Doenças Raras</b> |
|--|-------------|-----------------------|---|
| Santa Casa de Belo Horizonte   | 27014       | Belo Horizonte        | Não   |
| Hospital das Clínicas da UFMG / EBSEH                                    | 27049       | Belo Horizonte        | Sim   |
| Hospital Infantil João Paulo II / FHEMIG                                 | 26948       | Belo Horizonte        | Sim   |
| Hospital Universitário da UFJF / EBSEH (HUUFJF)                          | 2218798     | Juiz de Fora          | Sim   |
| Complexo Hospitalar Samuel Libânio (CHSL)                                | 2127989     | Pouso Alegre          | Sim   |
| Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) | 2206595     | Uberaba               | Sim   |

Para realização do procedimento de plasmáfereze o Hospital deverá atender aos requisitos de complexidade previstos nessa Resolução.

A grade de referência dos serviços está disposta no quadro abaixo, em conformidade com a Grade de Referência para Doenças Raras vigente, tendo sido realizados ajustes pontuais para os Centros que não se caracterizam como Serviços de Referência em Doenças Raras.

**CENTROS ESTADUAIS REFERÊNCIA EM PLASMAFÉRESE PARA DOENÇAS  
RARAS: - GRADE DE REFERÊNCIA:**

| <b>Estabelecimento de Saúde</b> | <b>CNES</b> | <b>Município/sede</b> | <b>SRDR</b> | <b>Macrorregiões / Área de Abrangência (Grade DR)</b> |
|---------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|---|
| Santa Casa de Belo Horizonte    | 27014       | Belo Horizonte        | Não         | Centro, Noroeste, Norte, Nordeste, Jequitinhonha,     |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

| Estabelecimento de Saúde  | CNES    | Município/sede | SRDR | Macrorregiões / Área de Abrangência (Grade DR)  |
|---|---------|----------------|------|---|
|   |         |                |      | Oeste, Leste, Vale do Aço e Triângulo do Norte  |
| Hospital das Clínicas da UFMG / EBSEH                                       | 27049   | Belo Horizonte | Sim  | Centro, Noroeste, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Vale do Aço e Triângulo do Norte   |
| Hospital Infantil João Paulo II / FHEMIG                                    | 26948   | Belo Horizonte | Sim  | Centro, Noroeste, Norte, Nordeste, Jequitinhonha, Oeste, Leste, Vale do Aço e Triângulo do Norte ( <i>pediatria &lt;18 anos</i> ) |
| Hospital Universitário da UFJF / EBSEH (HUUFJF)                             | 2218798 | Juiz de Fora   | Sim  | Sudeste, Centro Sul, Leste do Sul   |
| Complexo Hospitalar Samuel Libânio (CHSL)                                   | 2127989 | Pouso Alegre   | Sim  | Sul, Extremo Sul e Sudoeste   |
| Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM) | 2206595 | Uberaba        | Sim  | Triângulo do Sul  |