

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Orientações Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS

Reedição atualizada do trabalho elaborado em 2002, sob o título
“Orientações Técnicas sobre Auditoria no Sistema de Informações
Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)”

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Caderno **3**



Brasília – DF
2005

©2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é do Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 4.200 exemplares

Reedição atualizada do trabalho elaborado em 2002, sob o título "Orientações Técnicas sobre Auditoria no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)", ISBN: 85-334-0553-7.

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica

SEPN 511, bloco C, Ed. Bittar IV, 5.º andar

Unidade III do Ministério da Saúde

Brasília – DF, CEP 72750-543

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3448-8361

Fax: (61) 3448-8382

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS: caderno 3 / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

144 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0954-0

1. Administração em saúde pública. 2. Auditoria administrativa. 3. Sistemas de informação administrativa. I. Título. II. Série.

NLM W 525-546

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0502

Titulos para indexação:

Em inglês: Technical Orientations about SUS Auditing in Outpatient and Hospital Assistance: handbook 3

Em espanhol: Orientaciones Técnicas sobre Auditoría en la Asistencia Ambulatoria y Hospitalaria en el SUS: cuaderno 3

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Denise Carnib; Mara Pamplona

Editoração: Daniel Miranda

Sumário

Apresentação _____	7
1 Introdução _____	9
2 Sistema de Informações Hospitalares (SIH) _____	13
2.1 Relatórios de Saída Efetivos do Sistema SIH/SUS _____	13
2.1.1 Relatório de Dados Cadastrais do Hospital ____	14
2.1.2 Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento_	17
2.1.3 Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado/ Realizado e OPM Utilizadas _	21
2.1.4 Relatório de Frequência de Procedimentos – TAB_____	22
2.1.5 Relatório de AIH Pagas _____	23
2.1.6 Relatório de Procedimentos Especiais – (PE) _____	26
2.1.7 Relatório de Serviços Profissionais – SP _____	28
2.2 Relatórios de Saída Eventuais do Sistema SIH/SUS _____	29
2.2.1 Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM_	29
2.2.2 Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas (RLAA) _____	35
2.2.3 Relatório Demonstrativo de Descontos das OR _____	38

2.2.4	Cadastro de Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)	39
2.2.5	Relatório Resumo de OPM Pagas	40
3	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)	41
3.1	Relatórios de Saída Efetivos do SIA/SUS	42
3.1.1	Situação Cadastral da Unidade	43
3.1.2	Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária	44
3.1.3	Relatório Síntese da Produção Ambulatorial	45
3.1.4	Relatório de Frequência de Procedimentos (TAB)	46
3.1.5	Relatório Síntese de Produção da Apac	48
3.1.6	Relatório Demonstrativo de Apac Apresentadas	49
3.1.7	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	50
3.2	Relatórios de Saída Eventuais do SIA/SUS	51
3.2.1	Situação Cadastral da Mantenedora/Terceiros	52
3.2.2	Discriminativo de Pagamento de Serviços	53
3.2.3	Discriminativo de Unidades por Serviços	54
3.2.4	Relatório da Situação da Produção Ambulatorial	54
3.2.5	Relatório da Diferença de Pagamento	55
3.2.6	Relação de Créditos Bancários Efetuados	55
4	Auditoria Operativa	57
4.1	Auditoria Operativa Hospitalar	58
4.1.1	Da verificação <i>in Loco</i>	59
4.2	Auditoria Operativa Ambulatorial	73
4.2.1	Organização Ambulatorial	73
4.2.2	Aspectos Relativos à Estrutura/ Funcionalidade	73
4.2.3	Aspectos Relativos à Qualidade e Satisfação do Usuário	75
4.2.4	Aspectos Relativos à Análise dos Documentos de Atendimento e Outros Instrumentos para Consulta	75
4.2.5	Atendimento Odontológico (Grupo 03 e Grupo 10)	79
4.2.6	Consulta Médica (Grupo 02 e Grupo 07)	80
4.2.7	Procedimentos Ortopédicos (Grupo 09)	82
4.2.8	Oftalmologia – Consulta/Procedimento/Diagnose (Grupo 17)	83

4.2.9	Oftalmologia – Apac	86
4.2.10	Pequenas Cirurgias e Cirurgias Ambulatoriais (Grupo 02 e Grupo 08)	87
4.2.11	Patologia Clínica (Grupo 11)	89
4.2.12	Radiodiagnóstico (Grupo 13)	90
4.2.13	Exames Ultrassonográficos (Grupo 14)	90
4.2.14	Diagnose em Gastroenterologia (Grupo 17)	91
4.2.15	Fisioterapia (Grupo 18)	91
4.2.16	Hemoterapia (Grupo 37)	92
4.2.17	Terapia Renal Substitutiva – TRS (Grupo 27)	93
4.2.18	Medicina Nuclear (Grupo 32)	95
4.2.19	Oncologia – Radioterapia e Quimioterapia (Grupos 28 e 29)	95
4.2.20	Anestesia Geral (Grupo 22) (Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99)	97
4.2.21	Anestesia Geral em Tratamento Odontológico e em Cirurgia Odontológica e Traumatologia Buco-Maxilo- Facial em Deficiente Físico/Mental e em Criança	100
4.2.22	Órtese e Prótese (Grupo 21)	100
4.2.23	Neurorradiologia – Radiologia Intervencionista e Angiografia	100
4.2.24	Patologia Clínica (Dosagem de Ciclosporina), Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada (Apac), Hemodinâmica	101
4.2.25	Acompanhamento dos Pacientes com Queimaduras	101
4.2.26	Odontologia Especializada (Ortodontia, Implantodontia, Prótese e Cirurgia)	103
4.2.27	Deficiência Auditiva	103
4.2.28	Acompanhamento Pós-Transplante	104
4.2.29	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos em Residência Terapêutica	106
4.2.30	Acompanhamento de Paciente Psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial	106

4.2.31	Exames HIV – Apac (Portaria MS/SAS n.º 143, de 2/5/01 e Portaria MS/SAS n.º 172, de 25/5/01)	107
4.2.32	Litotripsia	108
4.2.33	Reabilitação Física	109
4.2.34	Acompanhamento em Serviço de Referência em Triagem Neonatal	111
4.2.35	Terapia em Pneumologia	112
4.2.36	Hepatite Viral Crônica	112
4.2.37	Terapia do Tabagismo	113
4.2.38	Acompanhamento Paciente Mental ou Autismo	114
4.2.39	Medicamentos Excepcionais	114
5	Cálculo da Impugnação	117
5.1	No Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	117
5.1.1	Glosa nas AIH de Cirurgia e Clínica Médica	117
5.1.2	Glosa em AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da Aids e Procedimentos Seqüenciais de Neurocirurgias	119
5.1.3	Glosa de Diária de UTI TIPO I	121
5.1.4	Glosa de Diária de UTI TIPO II E TIPO III	121
5.1.5	Glosa em Transplante e Retransplante	124
5.1.6	Glosa da Diária de Acompanhante	124
5.1.7	Glosa da Diária de Recém-Nato	124
5.1.8	Glosa da Diária de Permanência a Maior	125
5.1.9	Glosa Contra Hospital Referência Estadual em Urgência/Emergência Tipo I, II ou III	125
5.2	No Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)	125
6	Observações Importantes	127
	Legislação Aplicável	129
	Referências Bibliográficas	139
	Equipes de Elaboração e Atualização	141

Apresentação

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), em sua atual política de fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e visando a capacitar cada vez mais não somente seus servidores, como também um contingente cada vez maior de profissionais envolvidos com a auditoria em saúde nos estados e municípios, está elaborando novas orientações técnicas e revisando outras já existentes sobre vários temas de interesse da auditoria.

Esta publicação, que trata dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), procura dissecá-los e trazê-los para a prática da auditoria, começando por realizar uma boa análise dos dados existentes, extrato ideal para se alcançar um bom resultado na auditoria operativa.

Nesta revisão auditores capazes e experientes procuraram utilizar sempre que possível uma linguagem simples e acessível para melhor compreensão do tema que se pretende divulgar, nunca esquecendo da diversidade e dos mais diferentes estágios de conhecimento do nosso público-alvo – os auditores do SUS.

Outras publicações revisadas ou inéditas estarão sendo editadas ainda este ano,

para o consumo desse universo de servidores públicos do SUS e para o seu fortalecimento.

Essa etapa: a da edição de manuais e orientações técnicas na área de auditoria do SUS, está tendo deste Departamento todo o nosso apoio e incentivo para a concretização do ideal pretendido.

Paulo Sérgio Oliveira Nunes
Diretor do DENASUS

1 Introdução

O SUS é uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada nível de governo: federal, estadual e municipal. É, pois, um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução.

Para acompanhar seu processo de crescimento, suas ações, seus indicadores e resultados, foram desenvolvidos diferentes sistemas e redes de informações estratégicos, gerenciais e operacionais, que permitem a tomada de melhores decisões.

O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) utiliza esses sistemas e redes como ferramentas para obtenção de dados, análise e suporte à realização de auditorias analíticas e auditorias operacionais (*in loco*).

Dos sistemas e redes de informações disponíveis, os mais utilizados pelo SNA são:

Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Disponibiliza o número de nascidos vivos, as características da mãe, do parto e da criança ao nascer. Compõe os dados para o cálculo da taxa de mortalidade infantil, cujo denominador é o número de nascidos vivos.

Sinan – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

Informa as doenças de notificação obrigatória (diarréias, dengue, malária, meningite) que estão ocorrendo, em qual localidade, a idade e o sexo das pessoas.

Sisvan – Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional

Fornece as características das crianças na faixa etária de 0 a 5 anos e das gestantes, identificando, inclusive, o número de gestantes desnutridas.

Siab – Sistema de Informações de Atenção Básica

Apresenta informações sobre os Programas: Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, quanto ao número de nascidos vivos, número de crianças menores de 2 anos, pesadas e vacinadas, as gestantes cadastradas, número de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos, o número de visitas domiciliares e o número de consultas realizadas por médicos e enfermeiros.

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Fornece o número de óbitos ocorridos no município e no estado, a causa determinante da morte por idade, sexo e localidade. Subsidiaria também o cálculo da taxa de mortalidade infantil e mortalidade materna, dentre outras.

Rnis – Rede Nacional de Informações em Saúde

Integrada à internet, promove acesso e intercâmbio de informações em saúde para gestão, planejamento e pesquisa aos gestores, agentes e usuários do SUS.

Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

Disponibiliza dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências no País, para melhorar a capacidade operacional de formulação, coordenação e gestão de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população.

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

Informa a capacidade instalada de municípios, isto é, o número de postos de saúde, policlínicas, maternidades, prontos-socorros, consultórios médicos e odontológicos, dentre outros. Informa também a produção ambulatorial, ou seja, o número de procedimentos realizados.

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Apresenta o número de hospitais existentes, sua capacidade em quantitativo de leitos, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, quantos são públicos ou credenciados pelo SUS. É o sistema que processa as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), disponibilizando informações sobre os recursos destinados a cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação (parto normal, insuficiência cardíaca, cesariana e outras).

Esta publicação contém orientações sobre a utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, obtidas a partir de dados disponibilizados em relatórios efetivos e eventuais, gerados por esses sistemas. Essas orientações objetivam subsidiar os técnicos do DENASUS que atuam em atividades de auditoria, no contexto do SNA federal, estadual e municipal.

2 Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

2.1 Relatórios de Saída Efetivos do Sistema SIH/SUS

Este grupo é constituído por documentos de consulta obrigatória, que retratam o perfil da atividade, serviço ou unidade auditada.

- **Relatório de Dados Cadastrais do Hospital** (*relatório pré-impreso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados*) – esses dados também estão disponíveis no BDAIH (Banco de Dados sobre Autorização de Internação Hospitalar), na página da internet <http://www.saude.gov.br>.
- **Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento** (*relatório pré-impreso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados*).
- **Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado/Realizado e OPM Utilizados** (*relatório pré-impreso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados*).
- **Relatório Frequência de Procedimentos – TAB** (pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica).

- **Relação de AIH Pagas – RD** (seleção a escolher, como, por exemplo: AIH de queimados, cirurgia múltipla, politraumatizado, por ordem crescente de especialidade cirúrgica/médica, etc.) – (pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica).
- **Relatório de Procedimentos Especiais – PE** (pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica).
- **Relatório de Serviços Profissionais – SP** (pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica).

Para maior detalhamento dos passos a serem seguidos para extração desses relatórios, deverá ser consultado o manual “Auditoria no SUS – Noções Básicas sobre Sistemas de Informação”, disponível no endereço <http://sna.saude.gov.br>.

2.1.1 Relatório de Dados Cadastrais do Hospital

Quadro 1.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS – DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS											
FNS/DATASUS		SMHA1H53		DATA - 19/4/96									
SIH-SUS													
ESTADO													
PAG. 35													
C. G. C.	= 83899526/0001-82	NATUREZA HOSP.	= 9	LEITOS	CONTR.	TOTAL	ENDEREÇO	CAMPUS	UNIVERSIT				
			0	CIRURGIA	= 60	60	LOGRADOURO	=					
HOSPITAL	= UNIVERS. FED. DE SC - HOSP. UNIVERSITÁRIO			OBSTETRÍCIA	= 36	36	NÚMERO	=	00000				
BANCO	= BANCO DO BRASIL S. A.			CL. MÉDICA	= 89	89	COMPLEMENTO	=	0				
AGÊNCIA	= FLP-CENTRO QUANT AIH VALOR			F.P.T.	= 1	1	BAIRRO	=	TRINDADE				
C. BANCO	= 000167 APRES. PAGAS			PSIQUIATRIA	= 1	1	MUNICÍPIO	=	FLORIANÓPOLIS				
C/C	= 555680029 NO MÊS 601 576 127.036,03			TISIOLOGIA	= 0	0	CEP	=	88040-000				
UTI	= 15 FIDEPS = 75% PEDIATRIA				= 42	42	MUNICÍPIO	=	20.053/0				
SITUAÇÃO	= O.K.			REABILIT.	= 0	0	UF	=	SC				
				PSQ. HOSP. DIA	= 0	0							
PONTOS SP	= 180363 VALOR SP = 47.516,45			RESÍDUO ADIANT.	= 0,00		DESC. OR NO MÊS	=	0,00				
PONT. SADT	= 70260 VAL. SADT = 11.138,18			DESC. ADIANT. MÊS	= 0,00		DESC. OR EXERC.	=	0,00				
VALOR OPM	= 15,99 VL SANGUE = 1.516,62												

* Tem-se uma visão global das condições técnicas do hospital e gastos com os serviços.

É um relatório global, emitido por competência, com várias unidades hospitalares em uma mesma listagem. A identificação da unidade de saúde é feita pelo CNPJ, apresentado em ordem crescente, constando nome, natureza, quantidade de leitos, dados da conta bancária, endereço, etc.

Dentre os dados cadastrais a serem analisados neste relatório, destacam-se:

a) Natureza

O número representa a classificação recebida pelo hospital.

b) Capacidades Instalada e Contratada

O número de leitos existentes e o número de leitos que foram contratados para atendimento aos pacientes do SUS vêm definidos, por especialidade. Na verificação *in loco*, esses números devem ser conferidos. São dados importantes principalmente levando-se em conta a análise da quantidade de AIH utilizadas x média de permanência, que vai refletir a taxa de ocupação.

c) UTI

Informa a quantidade de leitos de UTI contratados. Reveste-se de importância quando comparado com outros relatórios, para fins de cálculo da média de permanência do hospital e a taxa de ocupação da UTI.

d) FIDEPS

É o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Superior utilizado para hospitais de ensino integrantes do SIH/SUS, cuja classificação poderá enquadrar o estabelecimento em percentuais de 25, 50 ou 75% e o pagamento é por valor global mensal.

e) IVHE

Índice de Valorização Hospitalar de Emergência, solicitado pelo hospital e concedido àqueles que possuem emergência durante 24 horas, conforme PT MS/GM n.º 1.692/95. O valor pelo qual o hospital terá direito varia de 10, 15, 25% sobre o faturamento de cada AIH, também relativos aos SH (Serviços Hospitalares), SP (Serviços Profissionais) e SADT (Serviço de Apoio a Diagnóstico Terapêutico).

f) Quantidades de AIH Apresentadas e Pagas

A diferença entre estes dois campos fornece o número de AIH rejeitadas. A incidência destas permite inferir sobre o controle exercido pelo gestor.

g) Valor

É o total destinado ao hospital pelos Serviços Hospitalares (SH) prestados durante as internações ocorridas e pagas.

h) Pontos e Valores de SP e SADT

Apresenta os totais em pontos dos profissionais e do SADT, com os respectivos valores, concernentes às AIH pagas.

i) Valor OPM e Sangue

São os valores pagos referentes à utilização de órteses, próteses e materiais especiais, bem como aos procedimentos transfusionais realizados.

j) Adiantamentos e Descontos

Eventuais sobras de adiantamentos concedidos aos hospitais e seus descontos de Ordem de Recebimento (OR) tanto no mês quanto no exercício, vêm discriminados neste relatório, podendo-se fazer um acompanhamento dessas situações, principalmente no caso de incidência de muitas OR.

Este relatório é de grande valia, não somente para a área técnica assistencial, como também para a área contábil. Dá uma visão global do hospital quanto às suas condições técnicas e gastos dos seus diversos serviços.

É relevante que se frise a importância da sua correlação com outros relatórios.

2.1.2 Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento

Quadro 2.*

		MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS												
SUS/FNS														
PAG. 11628		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO 3476 - 11/03/03												
LSMHA1H76		HOSPITAL - 83899526/0001-82												
FLS. 175														
ESP	NUM. AIH RECÉM NATO	ID	PROCED. SEM RATEIO	ALTA	UTI	AC	SERV. HOSP. ANALGESIA	SERV. PROF. PED 1 CONS	PTOS	SADT	PTOS	SANGUE	OPM	QUADRO MÉDICO AUDITOR/ATOS ESPECIAIS
1	1553129413	1	3201704	0203	01		1031,79 0,00	299,56 0,00	11,29	122,60	176	0,00	0,00	9900311
1	1553129413	3	3201704	0203					0		32			
1	1572907260	1	3201704	0203			890,81 0,00	308,73 0,00	1093	101,70	344	0,00	0,00	9900311
4	1572907268	5	8550074	0203			506,30 0,00	46,30 0,00	180	58,00	00	0,00	0,00	

* Reflete todos os serviços prestados, apresentados e pagos por meio de AIH.

Relatório individualizado por hospital, o qual reflete todos os serviços prestados e pagos por meio da AIH. Apresentado sob a forma de colunas, conforme a seguir:

1.^a coluna – ESP

Número que representa a especialidade na qual houve a internação do paciente. A título de exemplo: nas internações em cirurgia, o número é 1 e em pediatria o número é 7.

2.^a coluna

– NUM. AIH

É o número da AIH, disposta em ordem crescente por especialidades. Algumas AIH terão seu número repetido quando houver utilização da AIH de continuação.

– RECÉM-NATO

Na AIH de obstetrícia, aparece nesta coluna o valor da consulta do pediatra realizada na sala de parto.

3.^a coluna – ID

Representa a identificação da AIH. O número 1 significa utilização da AIH inicial; o número 3 é empregado para a(s) AIH(s) de continuação, toda vez que for preenchido totalmente o campo Serviços Profissionais da AIH inicial, o que só poderá ser repetido 5 vezes ou

seja: 14 linhas do campo da 1.^a AIH e mais 5 vezes as 14 linhas das AIHs de continuação, perfazendo um total de 84 lançamentos; o número 5 significa AIH de Longa Permanência.

4.^a coluna

– PROCED

É o procedimento que foi pago, relativo àquela AIH.

– SEM RATEIO

Nesta coluna aparece o valor dos procedimentos que são pagos sem rateio, lançados no quadro “Serviços Profissionais”. Ex.: tomografia computadorizada e ressonância magnética em AIH de neurocirurgia especializada; incentivo ao parto; medicamentos em AIH de transplante; nutrição enteral; etc.

5.^a coluna – ALTA

É o mês da alta do paciente. A verificação deste campo mostra qual é a competência que está sendo cobrada naquele processamento. Permite avaliar se está havendo atraso na cobrança das AIH (AIH do mês 6 cobrada no mês 10, por exemplo).

6.^a coluna – UTI

Discrimina o quantitativo de diárias de UTI pagas durante a internação. É um dado importante a ser considerado, em função dos procedimentos em que as diárias de UTI são mais utilizadas.

7.^a coluna – AC

São as diárias de acompanhante em número, pagas por AIH.

8.^a coluna

– SERV. HOSP

É o valor pago a todos os Serviços Hospitalares (SH) relativos a material, medicamentos, taxas e serviços de hotelaria. É comum o aparecimento de AIH com procedimentos iguais e diferentes valores pagos pelos SH. Os Serviços Hospitalares são onerados sempre que são

utilizadas “diárias de UTI, diárias de acompanhante, permanência a maior, diárias de recém-nato, procedimentos especiais de alto custo”.

– ANALGESIA

Nesta coluna aparece o valor dos honorários do anestesista nas AIH em que estes honorários não entram no rateio de pontos. Ex.: AIH de parto; cesariana; queimados.

9.^a coluna

– SERV. PROF

É o valor pago por todos os Serviços Profissionais (SP) utilizados durante a internação, sejam médicos e/ou odontológicos, em que tenha sido prestado atendimento ao paciente, independente da especialidade. Os valores dos SP são onerados sempre que for utilizada “permanência a maior e diárias de recém-nato”. Dessa forma, a coluna pode apresentar valores diferentes para AIH com procedimentos iguais.

– PED 1 CONS

Nesta coluna aparece o valor da 1.^a consulta do pediatra realizada no berçário.

10.^a coluna – PTOS

Dá o total dos pontos lançados na AIH correspondente aos Serviços Profissionais (SP) em relação ao procedimento pago, conforme tabela do SIH/SUS, já constando acréscimos de pontos, decorrentes de atos realizados durante a internação, como, por exemplo: pontos correspondentes ao procedimento principal (cirurgia), mais os pontos correspondentes a um parecer dado (cardiologia).

11.^a coluna – SADT

É o valor pago por todos os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados durante a internação. Também nesta coluna pode-se encontrar valores diferentes para AIH com os mesmos procedimentos. Isso porque os SADT podem ser onerados quando houver utilização de UTI e permanência a maior.

12.^a coluna – PTOS

É o total de pontos correspondentes aos SADT daquela internação. Pode ser encontrado “zero” como total de pontos, e concomitantemente na 11.^a coluna (valor do SADT) ser encontrado um valor pago pelos SADT, significando que, embora não tenham sido realizados SADT durante a internação, o valor correspondente aos mesmos foi pago, em função da forma de remuneração dos serviços prestados pelo Sistema que é feita “em pacote”. Com isso, o valor do ponto relativo ao SADT poderá ser maior.

13.^a coluna (SANGUE)

Dá o valor pago aos procedimentos transfusionais utilizados naquela internação, excetuando-se: concentrados do fator VIII humano (92-017-01-0), fator IX coagulação humana (92-021-01-8) e fatores II, VII, IX, X da coagulação (92-033-01-6), que são lançados no campo de Procedimentos Especiais da AIH, onerando os Serviços Hospitalares (8.^a coluna anteriormente descrita).

14.^a coluna (OPM)

Correspondente ao valor pago a todas as OPM utilizadas durante a internação.

15.^a coluna (QUADRO MÉDICO AUDITOR/ATOS ESPECIAIS)

Nesta coluna encontram-se os diferentes códigos de todos os lançamentos efetuados na AIH em seu campo Procedimentos Especiais e Serviços Profissionais. O relatório de saída exibe como indicador do 1.^o campo um asterisco (*) e do 2.^o um sinal de mais (+).

O Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento é de grande valia, na seleção das AIH com indicativos de irregularidades, para realização de auditoria operativa, na medida em que permite identificar se o procedimento é indevido (cirurgia de pequeno porte com excesso de cobrança de sangue, cirurgia múltipla realizada na mesma via de acesso, etc.), e, a partir daí, proceder-se à busca da AIH com indicativo.

2.1.3 Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado/Realizado e OPM Utilizadas

Quadro 3.*

FNS/DATASUS		LSMHAIH66		RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO E OPM UTILIZADOS		SIH-SUS		PROC. 0375		COMPETÊNCIA: 04/96		PAG. 1067	
CGC HOSP/FORNEC	NUM. AIH	PROCED SOL	PROCED REAL/PROD	QTDE	NOME PROCED REAL/PRODUTO	HOSPITAL/FORNEC E NOTA FISCAL							
	1573416075	39.008.15-0	39.011.16-0		REDUÇÃO CIRÚRGICA DAS FRATURAS DO T								
60194990/0022-00			93.395.07-8	1	PLACA AUTO COMPRESS. LARG. ATÉ 15	IPMMI - HOSP. E MATER./001341							
60194990/0022-00			93.398.01-8	2	PARAFUSO CORTICAL DIAM. DE 4,5	IPMMI - HOSP. E MATER./001341							
60194990/0022-00			93.398.01-8	2	PARAFUSO CORTICAL DIAM. DE 4,5	IPMMI - HOSP. E MATER./001341							

*Segue crítica do próprio Sistema.

É um relatório discriminativo de todas as OPM utilizadas no estado, por unidade, durante uma determinada competência.

É apresentado formatado em colunas, identificando-se:

- hospital pelo CNPJ;
- número da AIH, por ordem crescente;
- procedimento solicitado (que nem sempre necessita coincidir com o procedimento realizado);
- procedimento realizado, seguido do código do produto utilizado;
- quantidade do produto que foi utilizado;
- nome do procedimento, seguido do(s) nome(s) do(s) produto(s);
- nome do hospital;
- número da nota fiscal ou dos últimos números do documento de importação, quando utilizado material importado.

Este relatório permite:

a) verificar a compatibilidade do material utilizado com o atendimento prestado, o que já é feito pelo Sistema. Sendo essa crítica flexível, é importante a análise detalhada deste item, se considerar-

mos que para procedimentos iguais, podem ser utilizadas quantidades diferentes de produtos;

b) comparar, em relação a um mesmo procedimento, a utilização da OPM pelos diversos hospitais (diferenças significativas em relação ao tipo, quantidade, etc.);

c) analisar a frequência da nota fiscal (uma mesma nota fiscal é apresentada para variados tipos de procedimentos em que se usou OPM).

2.1.4 Relatório de Frequência de Procedimentos – TAB

Os relatórios são apresentados em formato de colunas, por frequência de procedimentos, dentre outros:

Quadro 4.

Hospital Geral – SIH/SUS – janeiro a março/99						
Frequência, Diárias de UTI, Valor Total, Óbitos, Permanência por Procedimentos Realizados						
Procedimento Realizado	Freq.	Val. Tot.	Val. Médio	Med. Perm.	Óbitos	Diárias UTI
43000002 DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLÍN. CIRÚRGICA	341	20.661,23	60,59	1,5	3	0
77500113 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	271	191.564,51	706,88	8,4	34	155
63001101 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL	251	90.888,93	362,11	8,7	1	0
33016119 LAPAROTOMIA EXPLORADORA	97	78.032,08	804,45	12,2	17	102
TOTAL	960	381.146,75	1.934,03	30,8	55	257

1.ª coluna:

Procedimentos Realizados – Código e nome do procedimento;

2.ª coluna:

Freq. – Informa a frequência dos procedimentos (quantidade);

3.ª coluna:

Val. Tot. – Informa o valor total pago por procedimentos;

4.ª coluna:

Val. Médio – Informa o valor médio por procedimentos;

5.ª coluna:

Méd. Perm. – Informa a média de permanência por procedimento;

6.ª coluna:

Óbitos – Informa o número de óbitos ocorridos por procedimentos;

7.ª coluna:

Diárias UTI – Informa o n.º de diárias de UTI pagas por procedimentos.

O programa TAB foi desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF que constituem os componentes básicos dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde.

O TAB permite identificar a pertinência da frequência dos procedimentos quanto ao porte do hospital, verificar as condições técnico-operacionais da unidade para atendimento aos procedimentos, inclusive os mais complexos. Exemplos: realização de cirurgias múltiplas num hospital de pequeno porte; septicemias em excesso.

Relatórios gerenciais de apoio podem ser criados com adoção de diferentes tabulações, como também podem ser criados por municípios e/ou estados.

O TAB também propicia:

- relacionar a frequência por procedimentos. Recomenda-se que seja extraído pelos menos os 50 procedimentos mais frequentes;
- comparar hospitais de mesmo porte e de portes diferentes;
- cruzar os diversos relatórios: Estado x Município, Estado x Hospital, Município x Hospital, Hospital x Hospital, revelando vários outros dados e ampliando a busca de informações;
- identificar situações sazonais;
- avaliar a média de permanência por procedimentos;
- verificar valor médio por procedimentos;
- calcular o quantitativo de óbitos por procedimentos;
- analisar o quantitativo de diárias de UTI pagas por procedimentos;
- identificar o quantitativo de diárias cobradas por procedimentos.

2.1.5 Relatório de AIH Pagas

São arquivos abertos no Excel onde todos os campos da AIH são disponibilizados, com exceção do nome do paciente. Dessa forma, o auditor seleciona quais os campos que serão analisados. Selecionamos um relatório que pode ser obtido pelo Sistema.

Arquivo Reduzido (Rd)

Quadro 5.*

RELAÇÃO DE AIH DE QUEIMADOS
50.885.222/0099-22 HOSPITAL E MATERNIDADE
COMP. 08/2001

N.º AIH	NASC	SEXO	PROC. REA	VAL. TOT.	DT. INTER.	DT.SAÍDA	DIAS PERM	COBRANÇA	IDADE
2023977912	19700109	3	38052148	743,00	20010724	20010727	3	12	28
2023977945	19591123	3	38052148	743,00	20010721	20010724	3	12	38
2023977947	19710926	1	38052148	743,00	20010810	20010814	4	12	26
2023977956	19951214	1	38052148	743,00	20010806	20010810	4	12	2
2023977960	19780129	1	38052148	743,00	20010813	20010816	3	12	20
2023977964	19750319	1	38053144	1.766,00	20010726	20010731	5	12	23
2023977968	19580722	1	38053144	1.766,00	20010727	20010801	5	68	40
2023977970	19590730	1	38053144	1.766,00	20010723	20010729	6	68	39
2023977981	19570422	3	38053144	1.766,00	20010725	20010731	6	68	41

* Relatório montado em planilha do Excel, por meio dos dados disponibilizados pelo MS/Datasus.

No exemplo foram selecionados os campos:

1.ª coluna:

N.º AIH – Informa o número da AIH;

2.ª coluna:

NASC – Informa ano, mês e dia do nascimento do paciente;

3.ª coluna:

SEXO – Informa o código do sexo do paciente (1 = masc. 3 = fem.);

4.ª coluna:

PROC. REA – Informa o código do procedimento realizado;

5.ª coluna:

VAL. TOT. – Informa o valor total pago do procedimento;

6.ª coluna:

DT. INTER – Informa o ano, mês e dia da internação do paciente;

7.ª coluna:

DT. SAÍDA – Informa o ano, mês e dia da saída do paciente;

8.^a coluna:

DIAS PERM – Informa o quantitativo de dias que o paciente ficou internado;

9.^a coluna:

COBRANÇA – Informa, por códigos, a condição de alta dos pacientes (Motivo Cobrança);

10.^a coluna:

IDADE – Informa a idade do paciente.

Estes são os campos da AIH que podem ser abertos para análise. A critério do auditor poderão ser selecionados outros campos da AIH, tais como:

- município de origem (CEP);
- n.º do CPF do médico solicitante;
- valor de OPM;
- natureza do hospital;
- código do município onde se localiza o hospital;
- nacionalidade;
- n.º do prontuário;
- caráter da internação, etc.

2.1.6 Relatório de Procedimentos Especiais (PE)

É um relatório idêntico ao anterior, onde estão descritos os arquivos do tipo Procedimentos Especiais (PE).

Quadro 6.

NOME DO HOSPITAL: HOSPITAL JOÃO DE DEUS						
CGC HOSP	N AIH	PROC REA.	DT INTER	DT SAÍDA	NUM PR	PROC/UTI
10.200.555/0001-20	1932682862	38001047	19990317	19990324	617	99003015
10.200.555/0001-20	1932683016	33012059	19990225	19990320	617	99003090
10.200.555/0001-20	1932683380	40029018	19990317	19990324	617	97013013
10.200.555/0001-20	1932684215	39003175	19990320	19990328	617	99003040
10.200.555/0001-20	1932684534	33003106	19990326	19990327	617	1
10.200.555/0001-20	19326 84842	33004080	19990320	19990327	617	99003015
10.200.555/0001-20	1932685250	42004039	19990304	19990305	617	1
10.200.555/0001-20	1932685293	42004039	19990226	19990228	617	2
10.200.555/0001-20	1932685315	42011019	19990118	19990121	617	2
10.200.555/0001-20	1932685326	33006059	19990122	19990124	617	2
10.200.555/0001-20	1932685348	42004039	19990131	19990202	617	2
10.200.555/0001-20	1932685359	33010064	19990203	19990206	617	2
10.200.555/0001-20	1932685381	33001081	19990224	19990325	617	99003155
10.200.555/0001-20	1932685392	40220010	19990310	19990328	617	99003058

São disponibilizados os seguintes campos da AIH, para análise:

UF – Unidade da Federação;

AA – Ano de Competência;

MM – Mês de Competência;

CGCHOSP – CGC do Hospital;

NAIH – Número da AIH;

PROCREA – Procedimento Realizado;

DTINTER – Data da Internação;

D TSAIDA – Data da Saída;

NUMPR – Número do Processamento;

PROCVTI – Procedimentos Especiais + Diárias de UTI;

VALPROC – Valor do Procedimento.

No exemplo foram selecionados os seguintes campos:

1.ª coluna:

CGC HOSP – Informa o número do CGC do hospital;

2.^a coluna:

N.º AIH – Informa o número da AIH;

3.^a coluna:

PROC REA – Informa o código do procedimento realizado;

4.^a coluna:

DT INTER – Informa o ano, mês e dia da internação do paciente;

5.^a coluna:

DT SAÍDA – Informa o ano, mês e dia da saída do paciente;

6.^a coluna:

NUM PR – Informa o número do processamento no qual as AIH foram pagas;

7.^a coluna:

PROC/UTI – Informa os códigos dos procedimentos especiais lançados no campo Procedimentos Especiais da AIH, assim como o número de diárias de UTI cobradas.

NOTA: estes dois últimos relatórios são fundamentais na pré-auditoria, pois podemos obter indicativos de distorções importantes, objetivando, dessa maneira, a realização de Auditoria Operativa. Mostramos exemplos de evidências:

- cobrança indevida de politraumatizado, cirurgia múltipla, tratamento da aids e procedimentos sequenciais em neurocirurgia;
- permanência hospitalar baixa ou alta, em relação ao procedimento cobrado;
- excesso de cobrança de procedimentos especiais, como, por exemplo: excesso de tomografia computadorizada e alta incidência de diárias de UTI;
- alta incidência de determinados procedimentos em relação ao total realizado no município/estado.

2.1.7 Relatório de Serviços Profissionais – SP

NOME DO HOSPITAL: JOÃO DE DEUS										CNPJ: 01 775 217/0001-36				
SERVIÇOS PROFISSIONAIS - DEZEMBRO - 2003														
UF	AA	MM	NAIH	PROCRE	DTINTER	D TSAIDA	NUM	TP	CPF CGC	ATOPROF	TP	QTD	PTSP_ NF	VALATO
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	7	28405234420	42002052	1	1	70326	100,27
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	7	2275726888	42002052	2	1	70097	29,83
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	7	55342582334	42002052	6	1	70000	63,00
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	4	1775217000136	25001019	7	3	40054	16,60
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	2	6553564010010	94005010	88	4	20000	54,96
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	2	6553564010010	94006016	88	3	20000	41,22
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	2	6553564010010	94020019	88	7	20000	37,73
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17003016	15	1	30015	9,39
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17009049	15	1	30015	9,39
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17018030	15	1	30020	12,52
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17020034	15	1	30010	6,26
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17023041	15	2	30016	10,02
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17041040	15	4	30200	125,29
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17042046	15	5	30040	25,05
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17055040	15	3	30024	15,03
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	17059046	15	2	30016	10,02
PI	2003	12	2891160426	42002052	20031201	20031203	2577	3	1775217000136	21003068	16	1	30044	27,56

Este relatório é de grande importância na auditoria, principalmente na fase operativa, quando seus dados devem ser confrontados com o Espelho de AIH apresentado pela unidade auditada.

Sua análise permite identificar desvios de honorários médicos ou SADT, em nome de terceiros que não participaram da assistência ao paciente, ou até pessoas/empresas estranhas a unidade.

Também identifica desvios de OPM em nome de empresas que não forneceram o material ou cobrança no CNPJ do hospital quando deveria ser do fornecedor.

O mesmo ocorre com a hemoterapia quando são desviados para o CNPJ do hospital os procedimentos hemoterápicos realizados pelos Hemocentros.

2.2 Relatórios de Saída Eventuais do Sistema SIH/SUS

São relatórios de consulta menos freqüentes e fornecem maiores subsídios quando cruzados com outros relatórios. Grupo constituído pelos documentos de consulta eventual, a depender da necessidade.

- **Relatório Discriminativo de Pagamento de Serviços/Órtese, Prótese e Material Especial – OPM e OPM Tipo 7** *(relatório pré-impresso pelo Datasus, sendo encaminhado ao prestador de serviço – CNPJ e CPF).*
- **Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas (RLAA)** – *(relatório pré-impresso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados).*
- **Relatório Demonstrativo de Descontos das Ordens de Recebimento (OR)** – *(relatório pré-impresso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados).*
- **Cadastro de Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)** – *(relatório pré-impresso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados).*
- **Relatório Resumo de OPM Pagos** *(relatório pré-impresso pelo Datasus, sendo encaminhada uma via para o gestor estadual e outra via ao gestor federal nos estados).*

A seguir, cada um dos documentos.

2.2.1 Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM

Este “contracheque” é variável de acordo com o prestador.

MS/SUS – Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM (Tipo 7)

Quadro 7.*

10002064192301500						BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF		
88000-000 FLORIANÓPOLIS						COMPETÊNCIA		N. DO DISCR.	P/USO DO DATASUS	UF
SC						96/05		2	41239	20/SC
NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL		
HOSP 83888206/0020-90 PROC 380										
SP	0,15452									
1599850373	ATT-RN	20,00								
1599850384	54	8,34								
1599850384	ATT-RN	20,00								

* “Contracheque” de médico pediatra em hospital privado.

Neste relatório estão discriminados todos os serviços realizados pelo prestador, o pagamento individual de cada serviço, o valor total bruto e eventuais descontos, tais como imposto de renda. É um “contracheque” de quem presta serviços ao SUS, pelo SIH e é encaminhado somente a Unidade Prestadora de Serviços.

Por serviços realizados entende-se: serviços profissionais, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, atendimento ao recém-nato na sala de parto, transfusões sanguíneas, utilização de OPM e outros.

O exemplo mostrado é relativo aos profissionais Tipo 7, apresentado no formato de quadros, significando:

1.º quadro:

Identifica o prestador pelo CGC/CPF, endereço, UF, CEP;

2.º quadro:

Identifica o código do banco e a conta corrente;

3.º quadro:

Identifica o CGC ou o CPF do prestador do serviço;

4.º quadro:

Identifica a competência do processamento que está sendo pago;

5.º quadro:

Identifica a folha do discriminativo;

6.º quadro:

É reservado para uso exclusivo do Datasus;

7.º quadro:

Identifica o código e a sigla da unidade da federação;

8.º quadro:

É composto por três outros quadros, que vão ser preenchidos tanto mais quanto maior o número de atendimentos realizados pelo prestador. Aqui, observamos por ordem:

- n.º do CGC do hospital onde foi realizada a internação;
- n.º do processamento;
- valor, em reais, de cada ponto dos Serviços Profissionais (SP);
- valor, em reais, de cada ponto dos SADT.

A seguir, aparecem três colunas, onde temos:

1.ª coluna:

Registra o número da AIH apresentada e paga, o qual é repetido tantas vezes quanto forem os serviços prestados naquela internação, quer sejam SP, SADT, sangue, atendimento ao recém-nato na sala de parto ou OPM, que são lançados por linha com o mesmo número da AIH.

Atentar para os seguintes detalhes:

- no pagamento dos serviços produzidos, aparece somente o número da AIH;
- quando for pagamento de SADT, o número da AIH sempre vem acompanhado de um asterisco;
- no caso de transfusão sangüínea, a palavra “sangue” ao lado do número da AIH distingue esse procedimento;

- este relatório é o único que discrimina o pagamento do atendimento ao recém-nato na sala de parto, sob a sigla ATT-RN. Os subseqüentes ao ATT-RN são pagos por consultas, no valor de R\$ 7,50 para a 1.^a consulta e 18 pontos para cada dia de visita, a partir da 2.^a consulta do pediatra;
- se tiver sido utilizada uma OPM, o número da AIH é acompanhado do mês da alta do paciente, o código da OPM empregada, a quantidade utilizada e o número da nota fiscal.

2.^a coluna:

N.º de pontos correspondentes ao atendimento prestado na internação.

3.^a coluna:

Fornece o valor em reais, dos serviços prestados, ou seja, SP, SADT, sangue, ATT-RN ou OPM:

- o valor dos serviços produzidos é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SP;
- o valor dos SADT é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SADT;
- observa-se que sangue, OPM e o ATT-RN já vêm com seus valores gravados automaticamente, não sendo submetidos à pontuação de valor.

a) Exemplos De Hospital Público

Relatório discriminativo de pagamento aos hospitais públicos.

MS/SUS – Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM (Tipo 4)

Quadro 8.*

88040-000 SC			FLORIANÓPOLIS			BANCO/CONTA CORRENTE 000189 00000555680029			CGC OU CPF 838.995.26/0001-82		
			COMPETÊNCIA 96/06			Nº DO DISCR. 9	P/USO DO DATASUS 40172	UF 20/SC			
NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL			
HOSP 838.995.26/0001-82 PROC 380											
1627664170	101	13,49									
1627664181	407	110,60									
1627664181	ATT-RN	20,00									
1627664258	846	229,91									
1627664258	211	28,20									
1627664258	SANGUE	43,96									

* Hospital público onde todos os serviços são pagos ao hospital.

MS/SUS – Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM

Quadro 9.*

			BANCO/CONTA CORRENTE			CGC OU CPF		
			COMPETÊNCIA 96/07			N. DO DISCR. 1	P/USO DATASUS 44138	UF
NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL
HOSP 838.882.06/0004 -70 PROC 396								
SP 0,16176	SADT	0,27843						
1588244042	20	5,56						
1599836800	677	180,48						
1599836800	ALTA	07/96						
93401078 01	50115	505,36						

* No caso de OPM, vêm discriminados: n.º da AIH, alta, código, quantidade, n.º da nota fiscal e valor.

- Todos os serviços produzidos sejam do cirurgião, anestesista, auxiliares, clínicos, inclusive ATT-RN, são pagos para o hospital, pois os profissionais pertencem ao quadro de funcionários do estabelecimento.
- Todos os SADT, sangue e OPM são também lançados em nome do hospital, não existindo compra de serviços de terceiros.

b) Exemplo De Hospital Privado

MS/SUS – Discriminativo de Pagamento de Serviços/OPM

Quadro 10.*

JOSÉ 10002064192301500				BANCO/C. CORRENTE 25941 00000001400150		CGC OU CPF 110.231.63420	
RUA 52100000				CAMPINA GRANDE - PB		COMPETÊNCIA 92/12	
CATOLÉ		VAL.TOTAL		NUM-AIH		PTOS.	
NUM-AIH		PTOS.		VALOR TOTAL		N. DISCR. 1	
PTOS.		VAL.TOTAL		NUM-AIH		PTOS.	
UF 13/PB		VL. TOTAL		PIUSO DATASUS 38983			
OSP PROC 279 SP 2191,16 1196810220 HOSP PROC 279 SP 2310,81 1183813323		08833691/0001 -16 76 166.528,16 09194556/0001 -30					
196 452.918,76							

* "Contracheque" de médico que presta atendimento em vários hospitais.

- Os profissionais com vínculo tipo 4, 16, 17, 22, 24, 28, 30, 39, 45 e 46 (funcionários do hospital ou profissional autônomo sem cessão de crédito) e os SADT tipo 3 e 13 vêm incluídos no "contracheque" do hospital.
- Profissional cadastrado é aquele que presta atendimento ao paciente durante a internação, sem ter vínculo empregatício com o hospital. Possui vínculo tipo 6, 7, 14, 21, 23, 29, 40 e 44 e a conta dos seus serviços é apresentada em um "contracheque" (discriminativo) pessoal. Todos os atendimentos por ele prestados são relacionados por hospital. No caso do profissional trabalhar em mais de uma unidade, os serviços serão listados em apenas um "contracheque", identificando o hospital pelo qual está recebendo por meio do CNPJ/CNES.
- Se o SADT é terceirizado, recebe também um "contracheque" em seu nome, pelos serviços produzidos.
- No caso de uso de sangue e OPM, a cobrança pode ser direta para o hospital ou em nome do Hemocentro/Fornecedor.

2.2.2 Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas (RLAA)

Quadro 11.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
SIH - SUS/FNS APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA		TOTAIS DO ESTADO - 20 PROCESSAMENTO - 0393- 19/07/96		
HOSPITAIS DE ÓRGÃOS MUNICIPAIS				
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	46.360,47	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	426	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	11.140,11	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADA		
VALOR TOTAL SADT	2.862,59	TOTAL DE AIH APRESENTADA.	426	100,00 %
VALOR TOTAL	60.363,27	TOTAL DE AIH REJEITADAS	12	2,81 %
VALOR MÉDIO POR AIH	146,15	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	413	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS		
		TOTAL DE AIH PAGAS	413	97,19 %
HOSPITAIS DE ENTIDADES FILANTRÓPICAS				
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARE S	1.612.571,28	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	12.376	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	446.842,20	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	4	
VALOR TOTAL SADT	110.023,96	TOTAL DE AIH APRESENTADA..	12.380	100,00 %
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	58.738,78			
VALOR TOTAL SANGUE	11.743,40			
VALOR TOTAL	2.239.919,60	TOTAL DE AIH REJEITADA.	208	1,58 %
VALOR MÉDIO POR AIH	184,02	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	12.169	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	3	
		TOTAL DE AIH PAGAS	12.172	98,32 %

* Apresentado em formato de quadro, por estado.

Quadro 12.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS – DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS				
SIH-SUS/FNS CONFERÊNCIA	RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES			
TOTALS DO ESTADO - 20				
PROCESSAMENTO - 0393- 19/07/96				
HOSPITAIS CONTRATADOS				
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	2.761.885,35	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	17.208	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	713.123,90	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	737	
VALOR TOTAL SADT	182.356,24	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	17.945	100,00 %
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	68.775,24			
VALOR TOTAL SANGUE	32.132,24			
VALOR TOTAL	3.758.272,97	TOTAL DE AIH REJEITADAS	334	1,56 %
VALOR MÉDIO POR AIH	213,46	TOTAL DE AIH 1 PAGAS .	16.877	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	729	
		TOTAL DE AIH PAGAS	17.608	98,14 %
HOSPITAIS DE ÓRGÃOS ESTADUAIS				
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	136.903,60	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	452	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	20.895,35	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	139	
VALOR TOTAL SADT	6.594,57	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	591	100,00 %
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	4.964,37			
VALOR TOTAL SANGUE	1.255,03			
VALOR TOTAL	170.614,02	TOTAL DE AIH REJEITADAS	13	3,04 %
VALOR MÉDIO POR AIH	297,75	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	436	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	137	
		TOTAL DE AIH PAGAS	573	96,90 %

* Cada quadro representa um grupo de hospitais de mesma natureza.

Quadro 13.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		SIH-SUS/FNS RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APRESENTADA (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA T O T A I S D O E S T A D O - 2 0 PROCESSAMENTO - 0393- 19/07/96 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO/FIDEPS			
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	184.415,45	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	574		
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	48.898,17	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS			
VALOR TOTAL SADT	18.414,97	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	574	100,00 %	
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	210,04				
VALOR TOTAL SANGUE	2.296,91				
VALOR TOTAL	254.233,54	TOTAL DE AIH REJEITADAS	17	2,96 %	
VALOR MÉDIO POR AIH	456,43	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	557		
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS			
		TOTAL DE AIH PAGAS	557	97,04 %	
TOTAL GERAL DE TODAS AS NATUREZAS					
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	4.742.136,13	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	31.036		
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	1.240.898,73	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	680		
VALOR TOTAL SADT	320.252,53	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	31.916	100,00 %	
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	132.688,43				
VALOR TOTAL SANGUE	47.427,58				
VALOR TOTAL	6.483.403,40	TOTAL DE AIH REJEITADAS	589	1,84 %	
VALOR MÉDIO POR AIH	206,99	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	30.452		
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	869		
		TOTAL DE AIH PAGAS	31.321	98,16 %	

* Apresenta todos os valores pagos e situação das AIH.

É um relatório condensado por estado, apresentado em formato de quadros, onde cada um representa um grupo de hospitais de mesma natureza. Por natureza, entende-se a caracterização do hospital segundo seus objetivos, padrão técnico, complexidade, fins lucrativos ou não, dentre outros.

Os hospitais podem ser classificados, quanto à natureza, da seguinte forma:

- 20 – Hospital Privado com Fins Lucrativos
- 22 – Hospital Privado Optante pelo SIMPLES
- 30 – Hospital Público Federal
- 40 – Hospital Público Estadual

- 50 – Hospital Público Municipal
- 60 – Hospital Privado sem Fins Lucrativos
- 61 – Hospital Filantrópico com CNAS Válido
- 80 – Hospital de Sindicato

O Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas discrimina todos os valores pagos e AIH apresentadas e/ou pagas, por natureza do hospital. Um dado importante obtido com esse documento é o valor médio pago a cada AIH, por natureza do hospital, incluindo-se todos os atendimentos prestados (SH + SP + SADT + OPM + SANGUE).

O valor médio da AIH é importante para se avaliar a característica da rede hospitalar. Um hospital de pequeno ou médio porte, por exemplo, para chegar a possuir um valor médio por AIH próximo ao de um hospital universitário, deverá ter condições técnico-operacionais de atendimento que justifiquem esse elevado custo, caso contrário, poderá constituir indício de irregularidades.

Um outro dado é a prioridade de distribuição da AIH, para a rede privada em detrimento de hospitais públicos, que pode espelhar a forma como vem sendo realizado, pelo gestor, o gerenciamento das internações.

Outra condição que pode ser analisada no relatório é a evolução histórica do valor médio da AIH no estado, por natureza e suas oscilações, comparando-a até mesmo com períodos de outros anos.

2.2.3 Relatório Demonstrativo de Descontos das OR

Quadro 14.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTO DAS OR COMPET. 96/06 PROC. 0393				SIH - SUS
FNS/DATASUS 18/07/96 PAG. 10						
CGC DO HOSPITAL	OR	NAT	DATA EMIS	ÓRGÃO EMIS	VALOR	OBSERVAÇÃO
80991649/0001-50	ERSC - 147/93	02	26/10/93	520-000-00	124,42	AUSENCIA DE CRÉDITO
81534539/0001-22	ERSC - 120/96	01	13/05/96	520-000-00	293,31	QUITADO
82937921/0001-40	ERSC - 122/96	01	20/05/96	520-000-00	2.750,14	QUITADO
83303339/0001-94	ERSC - 125/96	01	24/05/96	520-000-00	125,50	QUITADO
83743450/0001-00	ERSC - 127/96	01	03/06/96	520-000-00	710,29	QUITADO
85666774/0001-09	ERSC - 052/96	01	24/01/96	520-000-00	285,70	QUITADO
TOTAL ESTADO:	QT. OR QUIT.:	5	VALOR QUITADO:	4.164,94		
	QT. OR PEND.:	1	VALOR PENDENTE:	124,42		

* Permite acompanhar os recolhimentos eventualmente sugeridos.

As Ordens de Recebimento (OR) são discriminadas em um relatório estadual. Identifica competência, hospital que deverá efetuar o recolhimento, órgão emissor da OR, data da emissão, valor, bem como a posição de quitação ou não. Pode-se acompanhar se houve o recolhimento sugerido nos trabalhos de auditoria.

2.2.4 Cadastro de Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)

Quadro 15.*

FNS/DATASUS		MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS			SC - UF 51H-SUS DESDE 21/06/96		
LSMHTR 12	22/07/96	CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERV. AUX. DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA ATUALIZADOS				PAG. 1	
02467614824		CRM/CRO=	2000349	BLOQ.=	0	LOGRADOURO= RUA	
		CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE=	34	NÚMERO= CASA	
		NÚMERO DA CONTA=	706094	TIPO=	07	COMPLEMENTO= BAIRRO	
		ESTADO=	20	ULT. ATUALIZ.=	18/05/96	MUNICÍPIO=	
						CEP= 777777-777 UF=	
02992388904		CRM/CRO=	2000166	BLOQ.=	0	LOGRADOURO= RUA	
		CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE=	34	NÚMERO= 3	
		NÚMERO DA CONTA=	706094	TIPO=	07	COMPLEMENTO= APTO. 301	
						BAIRRO= CENTRO	
						MUNICÍPIO=	

* Cadastro atualizado de profissional.

É um relatório mensal que trata do cadastro dos profissionais que prestam serviços aos pacientes internados nos hospitais do SUS e SADT.

Identifica conta bancária, endereço, e, no caso dos profissionais, a especialidade na qual praticam as internações dos seus pacientes, bem como tipo de vínculo que mantém com o Sistema. Essa identificação é utilizada para se dirimir dúvidas quanto ao próprio cadastro do prestador.

2.2.5 Relatório Resumo de OPM Pagas

Quadro 16*.

FNS/DATASUS SIH-SUS		MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGOS	
LSMHAIH65		PROC. 0380	COMPETÊNCIA:05/96		
COD. MATERIAL	QTDE.	VALOR PAGO	PERCENT.	NOME	
93.398.02-6	603	5.457,15	3,4301 %	PARAFUSO CORTICAL DIAM. >= A 4,5 MM	
93.325.06-1	375	236,25	0,1485 %	PATCH ORGÂNICO (POR CM2)	
93.398.01-8	262	1.037,52	0,6521 %	PARAFUSO CORTICAL, DIÂMETRO DE 4,5 MM	
93.398.08-5	249	440,73	0,2770 %	FIO LISO DE KIRSCHNER	
93.481.01-2	179	2.862,21	1,7991 %	DRENO PARA SUÇÃO	
93.324.14-6	143	2.060,63	1,2952 %	ENERTO TUBULAR DE PTFE (POR CM)	
93.481.24-1	97	2.679,14	1,6840 %	SISTEMA DE DRENAGEM MEDIASTINAL	
93.401.46-9	78	914,16	0,5746 %	HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO)	
93.398.09-3	63	217,35	0,1366 %	FIO LISO DE STEINMANN	
93.398.04-2	43	516,00	0,3243 %	PARAFUSO ESPONJOSO, DIÂMETRO DE 6,5 MM	
93.326.04-1	36	1.569,96	0,9868 %	FILTRO DE LINHA ARTERIAL (1)	

* Discrimina todas OPM utilizadas no estado.

É um relatório global por estado, apresentado em formato de colunas. Identifica todo material de OPM (pelo código da tabela SIH), discriminando quantidade utilizada, valor total pago e percentual dos gastos com cada um.

O percentual é calculado em relação a todas as OPM pagas no estado.

O relatório tem importância quando considerado em conjunto com a quantidade utilizada e o valor pago. A baixa utilização somada a altos gastos deve ter prioridade de análise.

3 Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)

A análise dos relatórios de saída do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) se reveste de suma importância para um melhor conhecimento da rede ambulatorial.

Essas análises permitem verificar situações apresentadas pelos ambulatorios, tais como:

- capacidade instalada e quantitativo de serviços prestados;
- estrutura ambulatorial;
- quadro nosológico;
- confronto entre as patologias mais freqüentes e prestadores;
- distorção na programação;
- desatualização do cadastro.

A partir desses elementos, seriam avaliados indicadores, tais como:

- consulta/habitante/ano;
- consulta x SADT;
- freqüência de procedimentos;
- disponibilidade de cobertura física x produção;
- relação do BDP.

A análise desses indicadores poderá definir quais unidades deverão ser auditadas.

Ressalve-se que da análise prévia dependerá a escolha das técnicas e metodologia da auditoria.

Dentre os relatórios existentes no sistema, 11 são de grande utilidade para o trabalho de auditoria.

Para melhor compreensão e utilização, dividimos esses relatórios em dois grupos.

3.1 Relatórios de Saída Efetivos do SIA/SUS

O grupo é constituído pelos documentos obrigatórios de consulta, pois retratam o perfil da atividade, serviço ou unidade ambulatorial.

A seguir, cada um deles.

- **Situação Cadastral da Unidade** (*pode ser extraído utilizando o programa CADSIA*).
- **Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária** (*pode ser extraído utilizando o programa CADSIA*).
- **Relatório Síntese da Produção Ambulatorial** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS*).
- **Relatório de Frequência de Procedimentos** (*pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica*).
- **Relatório Síntese de Produção da Apac** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS*).
- **Relatório Demonstrativo de Apac Apresentadas** (*pode ser extraído utilizando o programa TABWIN ou Planilha Eletrônica*).
- **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES** (*acesso por meio da página principal do site www.datasus.gov.br → opção CNES*).

Para maior detalhamento dos passos a serem seguidos para extração desses relatórios, deverá ser consultado o manual “Auditoria no SUS – Noções Básicas sobre Sistemas de Informação”, disponível no site <http://sna.saude.gov.br>.

3.1.1 Situação Cadastral da Unidade

		CADSIA		Data: 21/03/99				
CADASTRO DE UPS POR CGC				Pag.: 1				
Estado: 53 - DF - DISTRITO FEDERAL								
Razão Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA		Codigo: 719991						
Nome Fantasia: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA		Qualific: 62886						
CGC: 000817400058								
DADOS CADASTRAIS								
Região de Saúde: 001		Banco: 001		001				
Out. Sanitário: 000		Agência: 036021		000000179				
Logradouro: SQAN QUADRA 908		Conta Corrente:		N/A				
Número: S/N		E mantida:		N/A				
Complemento: PLANO PILOTO		Desconto I.R.T.:		N/A				
Bairro: 7040000		NF Central:		0000000				
CEP: 7040000		Data Central:		0000000				
Código Município: 6016		Data Preench.:		06/05/19				
Nome: BRASILIA		Data FPO:		00/00/00				
DDD: 0009		Data Cadastro:		06/06/18				
Telefone: 2747222		Data Última Atualização:		12/09/19				
CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE								
Tipo de Unidade: 05 - AMBULATORIO DE UNIDADE HOSPITALAR		Quant. Consultório Médico:		009				
Tipo Prestador: 07 - UNID. VINCULADAS A ORGAOS		Quant. Etapas Odontolog.:		005				
Turno Atendm.: 06 - ATEND. CONTINUO 24h, 7 DIAS NA SEMANA		Quant. salas de physio.:		01				
Fluxo Cliente: 03 - ATEND. CLIENTELA DE PROCURA DIRETA E REF.		Quant. salas proc. cirurgias.:		06				
Nível Hierárquico: 07		Quant. salas cirurg. ambu.:		04				
COMPETENCIA: 12/99								
ATIVIDADES PROFISSIONAIS			SERVIÇOS			PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
COD. DESCRIÇÃO	PROF.	HORAS	SERVICL.	DESCRIÇÃO	GRUPO	QUANT. ORÇADA	VALOR ORÇADO	
01 ENFERMEIRA	06	3000	01 / 001	AUDIOMETRIA	01	9.475	R\$4.800,82	
02 ASSISTENTE SOCIAL	9	200	02 / 006	ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA	02	10.484	R\$2.782,46	
03 NUTRICIONISTA	2	90	03 / 011	ELETRONEUROLOGIA	03	3.112	R\$4.232,16	
04 ALEXIA E BRUNOLOGIA	3	90	04 / 018	DIALISE	04	4.088	R\$10.327,34	
05 ANATOMOPATOLOGIA (PATOLOGIA)	11	200	04 / 014	DIALISE	07	12.500	R\$36.000,07	
06 ANESTESIOLOGIA	8	180	06 / 020	DISPENSACAO DE ORTESES E PROTESES	06	2.118	R\$27.039,13	
07 ANGIOLOGIA	2	9	06 / 029	ENDOSCOPIA	08	263	R\$4.808,97	
08 BRONCOESOFAGOLOGIA	4	120	07 / 028	FARMACIA	10	1.800	R\$13.956,24	
09 CARDIOLOGIA	10	300	08 / 031	FISIOTERAPIA	11	22.390	R\$69.033,87	
10 CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PATOLOGIA)	6	18	08 / 034	HEMODIÁLISE	12	240	R\$2.036,30	
11 CIRURGIA GERAL	15	300	10 / 030	HEMOTERAPIA	13	3.461	R\$20.863,21	

Fornecer informações quanto à identificação do tipo de unidade, caracterização do prestador, turno de atendimento, fluxo da clientela, nível de hierarquia, serviços, classificação, recursos físicos e humanos, carga horária e programação físico-orçamentária.

A análise desse relatório permite avaliar a compatibilidade entre a capacidade operacional e a programação físico-orçamentária da unidade, nível de hierarquia e serviços cadastrados.

NOTA: este relatório deve ser fornecido ao prestador, de acordo com a Portaria MS/SAS n.º 33, de 4/5/95 – DOU n.º 85, de 5/5/95.

3.1.2 Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária

		MS/FNS/DATASUS		CADSIA			Data:	31/03/08	
				ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO			Pág.:	1	
Estado: 53 - DF - DISTRITO FEDERAL				Município: BRASÍLIA					
Razão Social: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA				Código:				710001	
Nome Fantasia: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA									
CGC: 00038174/0008-88									
				COMPETÊNCIA:		12/99			
010000 AÇÕES EXECUTADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM									
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO					
Comp.	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Ajuzo		
12/99	9.475	5.740	5.740	R\$4.895,00	R\$2.887,12	R\$2.887,12	R\$0,00		
11/99	8.089	7.020	7.020	R\$4.167,00	R\$3.632,94	R\$3.632,94	R\$0,00		
020000 AÇÕES MÍDICAS BÁSICAS									
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO					
Comp.	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Ajuzo		
12/99	10.484	8.918	8.918	R\$23.702,00	R\$19.918,76	R\$19.310,83	R\$0,00		
11/99	10.471	10.380	10.380	R\$23.851,00	R\$22.921,36	R\$22.921,36	R\$0,00		
030000 AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA									
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO					
Comp.	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Ajuzo		
12/99	3.112	3.027	3.027	R\$4.232,00	R\$4.184,08	R\$4.184,08	R\$0,00		
11/99	1.878	1.878	1.878	R\$2.378,00	R\$2.378,15	R\$2.378,15	R\$0,00		
040000 AÇÕES EDUC. E OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR									
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO					
Comp.	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Ajuzo		
12/99	4.066	4.548	4.548	R\$15.337,00	R\$9.243,08	R\$9.243,08	R\$0,00		
11/99	4.066	3.932	3.932	R\$15.337,00	R\$7.994,04	R\$7.994,04	R\$0,00		
050000 PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS REALIZADOS POR PROF.									
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO					
Comp.	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Programado	Aprovisionado	Aprovado	Ajuzo		
12/99	12.589	10.579	10.052	R\$6.503,00	R\$31.254,85	R\$29.821,00	R\$0,00		
11/99	9.889	9.702	9.702	R\$23.613,00	R\$23.187,82	R\$23.187,82	R\$0,00		

Identifica a unidade, a competência apresentada e as quatro anteriores e demonstra por Grupos de Procedimentos as metas físico-orçamentárias programadas, aprovadas, apresentadas e/ou percentual entre o que foi programado e o aprovado.

A análise desse relatório permite verificar distorções na programação sobre produção e/ou superprodução da unidade.

3.1.3 Relatório Síntese da Produção Ambulatorial

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS								SAS/DATASUS				
SÍNTESE DA PRODUÇÃO REGIONAL:												
NOV/1999												
UNIDADE: 0023043 - POLICLÍNICA COMUNITÁRIA SANTA ROSA												
Comp	FI	Seq	Proced	At	Tp	Gr	Fe	Qt. Apres.	VI. Autor.	Qt. Aprov.	VI. Aprov.	Situação
nov/99	001	01	01011030	64	8	0	50	139	69,50	139	69,50	Aprov. totalmente
nov/99	001	02	01011049	64	8	0	50	160	80,00	160	80,00	Aprov. totalmente
nov/99	001	03	01011057	64	8	0	51	7	3,50	7	3,50	Aprov. totalmente

Fornece, por unidade, a relação dos procedimentos realizados no mês e de até três meses anteriores ao mês do processamento.

A análise desse relatório permite identificar erros de preenchimento, desatualização do cadastro, cobranças indevidas e distorções na programação.

NOTA: esse relatório deve ser entregue ao prestador, de acordo com a Portaria MS/SAS n.º 33, de 4/5/95 – DOU n.º 85, de 5/5/95.

3.1.4 Relatório de Frequência de Procedimentos (TAB)

**Unidade Ambulatorial do Cariri
jul/dez/2000**

Frequência, VI.Aprovado, Qtd.Apresentada e VI.Apresentado por Procedimento

Procedimento	Qtd.Aprov	VI.Aprov.	Qtd.Apres.	VI.Apres.
Total	149393	4.674.683,63	165344	4.987.471,93
2801102-ACELER.LINEAR DE FÓTONS/ELÉT (P CAMP)	40537	729.666,00	41414	745.452,00
2703104-HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SES P/ SEM)	10577	989.795,66	10743	1.005.329,94
0701205-CONSULTA EM CARDIOLOGIA	8844	22.552,20	10659	27.180,45
1105211-TESTE TRIAG. NEONATAL (TSH/FENIL ALA.)	4930	66.555,00	4930	66.555,00
1309202-MAMOGRAFIA BILATERAL	4497	135.449,64	7037	211.954,44
3701101-TRIAGEM CLÍNICA DE DOADOR(A) DE SAN	4208	10.730,40	4208	10.730,40
3702101-EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	3764	37.640,00	3764	37.640,00
3704101-PROCESSAMENTO DO SANGUE	3758	8.530,66	3758	8.530,66
3703101-SOROLOGIA I	3754	281.550,00	3857	289.275,00
3701102-COLETA DE SANGUE	3695	36.950,00	3695	36.950,00
1199123-HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE	2951	33.641,40	4398	50.137,20
1106512-PSA (ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO)	2787	32.691,51	2787	32.691,51
3705101- PRÉ-TRANSFUSIONAL I	2433	26.738,67	2433	26.738,67
3705102-TRANSFUSIONAL II	2433	14.719,65	2433	14.719,65
1104320-HEMOGRAMA COMPLETO	2362	9.707,82	2362	9.707,82

A montagem das planilhas permite verificar, dentre outros itens, a frequência dos procedimentos por ordem decrescente de quantidade no mês em análise, ou outros por unidade, município e/ou estado. Identifica também a quantidade e os valores apresentados e aprovados, bem como o valor médio do procedimento.

A análise desse relatório permite identificar cobranças indevidas e distorções na programação, como também situações constata- das no ambulatório, tais como:

- capacidade instalada e quantitativo de serviços prestados;
- estrutura ambulatorial;
- quadro nosológico;
- confronto entre as patologias mais freqüentes e prestadores;
- distorção na programação;
- desatualização do cadastro.

A partir desses elementos, seriam avaliados indicadores, tais como:

- consulta/habitante/ano;
- consulta x SADT;
- frequência de procedimentos;
- disponibilidade de cobertura física x produção;
- relação do BDP.

A análise desses indicadores possibilita a definição de quais unidades deverão ser auditadas.

Ressalte-se que da análise prévia dependerá a escolha das técnicas e metodologia da auditoria operativa.

3.1.5 Relatório Síntese de Produção da Apac

UNIDADE: 0002933 - SANTA CASA
APAC: 0001341269-6
TIPO: CONTINUIDADE
TIPO ATENDIM.: 27 - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
PACIENTE: MACEIÓ DA SILVA CATARINA
MOT.COBRANCA: 71 - PERMANENCIA MESMA UPS MESMO PROCEDIMENTO
PROCESSAMENTO: 11/2000

VALIDADE: 01/09/2000 - 30/11/2000
RMS: 1313 06/12/2000
PRODUCAO: 11/2000

SEQ PROC.	AT.	Qt.Apres.	VI.Apres.	Qt.Aprov.	VI.Aprov.	SITUACAO
01 2703104-7	26	13	1.216,54	13	1.216,54	APROVADO TOTALMENTE
02 2703105-5	26	1	93,58	1	93,58	APROVADO TOTALMENTE
03 1104134-0	35	1	1,53	1	1,53	APROVADO TOTALMENTE
04 1104136-6	35	1	1,53	1	1,53	APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO);
05 1101109-2	35	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
06 1101114-9	35	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO);
07 1101117-3	35	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO);
08 1101127-0	35	1	1,85	1	1,85	APROVADO TOTALMENTE
09 1101137-8	35	1	2,01	1	2,01	APROVADO TOTALMENTE
10 1101138-6	35	2	3,70	2	3,70	APROVADO TOTALMENTE
		23	1.326,29	23	1.326,29	

Torna possível o acompanhamento dos procedimentos realizados em oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS), medicamentos excepcionais, facectomia, fotocoagulação à laser; facoemulsificação para implante de lente intra-ocular; acompanhamento pós-transplante, hemodinâmica, ressonância magnética, tomografia computadorizada, radiologia intervencionista, arteriografias, medicina nuclear, psiquiatria, deficiência auditiva, odontologia especializada (ortodontia, implantodontia, prótese e cirurgia), queimados, exames para HIV, pneumologia, reabilitação física, litotripsia, triagem neonatal, transplante de córnea e *checkup* de glaucoma.

Sua análise permite verificar:

- a compatibilidade entre o procedimento cobrado e o efetivamente realizado;
- a pertinência da cobrança dos procedimentos considerados secundários (não autorizados na Apac Formulário).

3.1.6 Relatório Demonstrativo de Apac Apresentadas

UNIDADE: HOSPITAL JOÃO DE DEUS - CÓDIGO: 1330 - CNPJ: 01 775 217/0001-36

-	Apac NUM	Apac DATREF	Apac DATEM	Apac DTINIV	Apac DTFIMV	Apac TIPATE	Apac TIPAPA	Apac PRIPAL	Apac MOTCOB	Apac DTCOR	Apac TOTAL
---	----------	-------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------	------------

CÓDIGO UNIDADE: 000314

Paciente: ALVARO MULTIRÃO DE SOUZA - CPF: 33322100072 - Data de nascimento: 31/08/1950

00021312764	200201	200201	20020101	20020331	27	1	2703114	71			R\$1.539,02
00021315470	200201	200201	20020111	20020131	27	1	2701103	65	20020131		R\$108,05

Paciente: AMARALINA DA BAHIA SILVA - CPF: 00012200253 - Data de nascimento: 25/06/1950

00021526857	200206	200206	20020625	20020831	27	1	2703118	71			R\$523,13
00021526857	200207	200207	20020625	20020831	27	2	2703118	63	20020704		R\$314,8

Paciente: APARICIO DE OLIVEIRA SILVA - CPF: 99992215004 - Data de nascimento: 12/07/1987

00021548110	200206	200206	20020601	20020831	27	1	2703118	71			R\$1.289,6
00021548110	200207	200207	20020601	20020831	27	2	2703118	71			R\$2.055,43
00021548110	200208	200208	20020601	20020831	27	2	2703118	71			R\$1.392,54
00021643281	200209	200209	20020902	20021130	27	1	2703118	71			R\$1.392,54

Paciente: AZILDSON DELGADO FILHO - CPF: 00049994992 - Data de nascimento: 22/11/1941

00021311741	200201	200201	20020101	20020331	27	1	2703114	71			R\$1.296,78
00021353552	200202	200202	20020202	20020430	27	1	2703118	71			R\$1.289,6
00021311741	200202	200202	20020101	20020331	27	2	2703114	72	20020201		R\$0
00021353552	200203	200203	20020202	20020430	27	2	2703118	71			R\$1.392,54
00021353552	200204	200204	20020202	20020430	27	2	2703118	71			R\$1.459,64
00021479040	200205	200205	20020501	20020731	27	1	2703118	71			R\$1.495,48
00021479040	200206	200206	20020501	20020731	27	2	2703118	71			R\$1.289,6
00021479040	200207	200207	20020501	20020731	27	2	2703118	71			R\$2.055,43
00021606189	200208	200208	20020801	20021031	27	1	2703118	71			R\$1.392,54
00021606189	200209	200209	20020801	20021031	27	2	2703118	71			R\$1.392,54

Da análise desse relatório pode ser verificado:

- todas as Apac processadas do mesmo paciente, por competência, num determinado período;
- início do tratamento;
- procedimento principal;
- motivo da cobrança;
- data da ocorrência;
- data de nascimento;
- início e fim da validade da Apac;
- tipo de Apac;

- tipo de atendimento;
- grau de estadiamento;
- tipo de quimioterapia;
- diagnóstico (CID);
- mudança de procedimento;
- valor total da Apac;
- quantidade de meses cobrados num determinado procedimento.

NOTA: é de fundamental importância para o sucesso da auditoria o cruzamento das informações desse relatório com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e com o Relatório Módulo Básico – Relação de Homônimos (SGAIH).

3.1.7 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Identificação		Última Atualização:4/11/2003				
Nome:		CNES:	CNPJ:			
POLICLÍNICA PAZ LTDA		2365359	06738876000116			
Razão Social:		CPF:	Personalidade:			
POLICLÍNICA PAZ LTDA			JURÍDICA			
Logradouro:		Número:				
RUA ALBERTO BONA		211				
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:		
	CENTRO	64280000	CAMPO MAIOR	PI		
Tipo Unidade:		Esfera Administrativa:		Gestão:		
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		ESTADUAL		
Natureza da Organização:		Dependência:				
EMPRESA PRIVADA		ININDIVIDUAL				
Módulos:						
Básico	Conjunto	Ambulatorial	Hospitalar	Mantenedora	Profissionais	Habilitações

Esse cadastro é apresentado em sete módulos, quais sejam:

- **Módulo Básico** – caracterização, gestão, atendimento e vínculo do estabelecimento;
- **Módulo Conjunto** – informações gerais, equipamentos e vínculo com cooperativa;
- **Módulo Ambulatorial** – diálise, quimioterapia e radioterapia; hemoterapia (quando a unidade possui esses tipos de serviços);
- **Módulo Hospitalar** – leitos cadastrados por especialidades;
- **Módulo Mantenedora** – identifica a entidade mantenedora e unidades prestadoras de serviços vinculadas;
- **Módulo Profissionais** – relaciona os profissionais cadastrados com suas respectivas cargas horárias semanais;
- **Módulo Habilitações** – relaciona os serviços de Alta Complexidade (Sipac) existentes nas unidades.

3.2 Relatórios de Saída Eventuais do SIA/SUS

O grupo é constituído pelos documentos de consulta eventual, a depender da necessidade. A seguir, cada um dos documentos.

- **Situação Cadastral da Mantenedora/Terceiros** (*pode ser extraído utilizando o programa Cadsia*).
- **Discriminativo de Pagamento de Serviços** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA*).
- **Relatório da Unidade por Serviço** (*pode ser extraído utilizando o programa Cadsia*).
- **Relatório da Situação da Produção Ambulatorial** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS*).
- **Relatório de Diferença de Pagamento** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS*).

- **Relatório de Créditos Bancários Efetuados** (*relatório extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS*).

3.2.1 Situação Cadastral da Mantenedora/Terceiros

SITUAÇÃO CADASTRAL DA MANTENEDORA /TERCEIROS – SET/2000

CGC.: 03.501.509/0001-06

RAZÃO SOCIAL: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

IR.: NÃO

LOGRADOURO: AV. MATO GROSSO

NÚMERO: 409

COMPLEMENTO:

BAIRRO: CENTRO

CEP: 79.100-000

COD. MUNIC.: 5002

CAMPO GRANDE

REG. SAUDE: 001

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

DDD.: 067

TEL.: 382-6761

AGÊNCIA: 00485

C/C: 0000000765338

DT. PREENCH.: 15/06/99
UNIDADE(S) MANTIDA(S)

IDENTIF.	NOME FANTASIA	CD. MUN	NOME MUNICÍPIO
0003123	C.S. DR. ARTHUR V. DIAS	500270	CAMPO GRANDE
0003174	C.S. MATA DO JACINTO	500270	CAMPO GRANDE
0003190	C.S.BURITI	500270	CAMPO GRANDE

Identifica a entidade mantenedora e unidades prestadoras de serviços vinculadas. A Ficha Cadastral de Mantenedora/Terceiros identifica, também, as empresas fornecedoras de OPM e o Banco de Tecidos Humanos para Transplantes.

3.2.2 Discriminativo de Pagamento de Serviços

SES AU SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS SAS/DATASUS/0504
06/04/2001 DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS - NOV/2000 09:21:57

INICIO DAS MANTENEDORAS
DA REGIÃO DE SAÚDE : 001 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

SES AU SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS SAS/DATASUS/0504
06/04/2001 DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVICOS - NOV/2000 09:21:57

CGC/CPF : 03.501.509/0001 - 06 JURIDICA ISENTA I.R.
RAZAO SOC.: PREFEITURA MUN DE CAMPO GRANDE
ENDereco : RUA 13 DE MAIO 1090
BAIRRO : MONTE LIBANO
MUNICIPIO : CAMPO GRANDE-MS
AGENCIA : 00048-5 C/C : 0000000058045-7

UNIDADE ORG FLH/APAC	SEQ	VALOR	UNIDADE ORG FLH/APAC	SEQ	VALOR
0003115 BPA 001	01	7,50+	*0003115 BPA 003	01	16,32+
0003115 BPA 001	02	10,50+	*0003115 BPA 003	02	28,56+
0003115 BPA 001	03	96,00+	*0003115 BPA 003	03	12,24+
0003115 BPA 001	04	7,14+	*0003115 BPA 003	04	8,16+
0003115 BPA 001	05	9,69+	*0003115 BPA 003	05	2,04+
0003115 BPA 001	06	27,54+	*0003115 BPA 003	06	2,04+
0003115 BPA 001	07	0,51+	*0003115 BPA 003	07	61,20+
0003115 BPA 001	08	10.134,00+	*0003115 BPA 003	08	46,92+
0003115 BPA 001	09	50,00+	*0003115 BPA 003	09	32,64+
0003115 BPA 001	10	4,00+	*0003115 BPA 003	10	24,48+
0003115 BPA 001	11	2,00+	*0003115 BPA 003	11	24,48+
0003115 BPA 001	12	12,32+	*0003115 BPA 003	12	44,88+
0003115 BPA 001	13	4,48+	*0003115 BPA 003	13	24,48+
0003115 BPA 001	14	4,48+	*0003115 BPA 003	14	4,08+
0003115 BPA 001	15	2,24+	*0003115 BPA 003	15	8,16+

PRODUÇÃO	AJUSTE	BRUTO	I.R.	L Í Q U I D O
14.782,31	0,00	14.782,31	0,00	14.782,31

Demonstra os valores a serem creditados a cada prestador de serviço, identificando o total bruto, líquido e os respectivos descontos.

NOTA: esse relatório deve ser entregue mensalmente ao prestador, de acordo com a Portaria MS/SAS n.º 33, de 4/5/95 – DOU n.º 85, de 5/5/95.

3.2.3 Discriminativo de Unidades por Serviços

SESAU 01/10/96	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS RELATÓRIO DE UNIDADES POR SERVIÇO - SET/98	SAS/DATASUS 14.08.25
-------------------	--	-------------------------

SERVIÇO: 04 DIÁLISE

UNIDADE	NOME FANTASIA	CÓD.	MUNICIPIO	SITUACAO	TP.PREST	TP.UNIDADE
0002933	SANTA CASA	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID. FIL ANTROP	AMBUL AT DE UNID
0002992	MED RIM	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FIS/JUR. F	OUTROS SERV. AUX. DE
0003085	PRO RENAL	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FIS/JUR. F	OUTROS SERV. AUX. DE
0003508	HOSP. UNIV	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.ADM.ORGAO UNIV	AMBULATORIO DE UNID.

SERVIÇO: 09 - HEMODINÂMICA

UNIDADE	NOME FANTASIA	CÓD.	MUNICIPIO	SITUACAO	TP.PREST	TP.UNIDADE
0003083	PRONCOR	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FIS/JUR. F	CLINICA ESPECIALIZAD
0003508	HOSP.UNIV	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.ADM.ORGAO UNIV	AMBULATORIO DE UNIDA
0005371	CAMPUS VASO	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FIS/JUR. F	OUTROS SERV. AUX. DE

Permite identificar as unidades que prestam serviços específicos e/ou especializados.

3.2.4 Relatório da Situação da Produção Ambulatorial

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS SAS/DATASUS

PRODUÇÃO AMBULATORIAL – NOV/1999

REGIONAL:

UNIDADE: 0023043 – POLICLÍNICA COMUNITÁRIA SANTA ROSA

Comp.	Flh	Sq	Proced.	At	Tp	Gr	Fe	Qtde	Situação
Nov/99	001	01	01011030	64	8	0	50	139	Sem erros
Nov/99	001	02	01011049	64	8	0	50	160	Sem erros
Nov/99	001	03	01011057	01	8	0	51	07	Atividade Profissional não cadastrada na UPS

Fornece, por unidade, a relação dos procedimentos realizados no mês e dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) de até três meses anteriores, o quantitativo de procedimentos realizados e a situação em que se encontram esses procedimentos.

A análise desse relatório possibilita a identificação dos procedimentos rejeitados em função das críticas do sistema.

3.2.5 Relatório da Diferença de Pagamento

Demonstra, por Unidade Prestadora de Serviço, as diferenças de pagamento a maior ou a menor autorizadas pelo gestor, os valores efetuados e pendentes, assim como a situação dos ajustes em função das críticas.

Permite verificar os valores a serem recolhidos ou pagos aos prestadores.

3.2.6 Relação de Créditos Bancários Efetuados

MINISTERIO DA SAUDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS PREFEITURA MUN DE CAMPO GRANDE - FMS		RELAÇÃO DE CRÉDITOS BANCÁRIOS EFETUADOS EMISSION : 06/04/2001 SESAU VALORES EM REAIS				PAGINA	0000001
NOME / RAZAO SOCIAL	CODIGO	CPF / CGC	BCO	AG	C.C	VALOR	
ASSOC DE PAIS AMIGOS EXCEPCIONAIS	MANTEN	03.025.707/0001-40	001	00048-5	2.065-6	116.429,90	
ASSOCIACAO C REN DE REABILITACAO	MANTEN	00.190.314/0001-02	001	00048-5	2.057-5	3.068,00	
ASSOCIACAO DE A M E A I DE C GRANDE	MANTEN	03.272.689/0001-00	001	03496-7	2.054-0	35.126,58	
ASSOCIACAO DE A R DOS HANSENIANOS	MANTEN	03.273.885/0001-90	001	00048-5	2.056-7	26.866,37	
BARROS E SERRA LTDA	MANTEN	15.939.861/0001-07	001	00048-5	49.299-3	7.132,55	
SONIMED NUCLEAR S/C LTDA	000.721-8	01.828.575/0001-60	001	03496-7	84.080-7	9.832,20	
TOTAL DA SECRETARIA						1.944.574,81	

Demonstra os valores a serem creditados na conta bancária dos prestadores. É um instrumento de alerta em relação a possíveis distorções a serem verificadas, a partir da observação de valores discrepantes.

A análise desses indicadores auxilia na definição de quais unidades deverão ser auditadas.

4 Auditoria Operativa

Compreende a atividade desenvolvida na própria unidade onde as ações e os serviços são realizados, mediante a observação direta dos controles internos, fatos, dados, documentos e situações encontradas.

a) Objetivos

- Aferir de modo contínuo a adequação, eficiência, eficácia e os resultados dos serviços de saúde.
- Identificar distorções, promover correções e buscar um aperfeiçoamento do atendimento médico-hospitalar ou ambulatorial, procurando obter melhor relação custo/benefício na política de atendimento das necessidades do paciente.
- Promover processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento na busca da satisfação do usuário.

b) Procedimentos Rotineiros

Nas auditorias realizadas pelas equipes do Ministério da Saúde, serão emitidos os seguintes documentos, os quais deverão ser levados em mãos pelos auditores:

- Ofício de Apresentação da equipe de auditoria, onde constará o objetivo do trabalho, o nome do

coordenador da equipe e o período em que o grupo atuará naquele local. Será emitido em duas vias, sendo a primeira destinada ao responsável pela unidade a ser auditada;

- Comunicado de Auditoria (CA). Deve ser utilizado para solicitar documentos, informações e/ou esclarecimentos pertinentes aos trabalhos de auditoria. Pode ser encaminhado com antecedência, nas situações em que a auditoria se reveste de magnitude e/ou complexidade, evitando-se o comprometimento do tempo destinado à verificação *in loco*, com busca de documentos.

4.1 Auditoria Operativa Hospitalar

a) Solicitações

De modo geral são solicitados, nas auditorias de Unidades Prestadoras de Serviços, os seguintes documentos em cópia:

- listagem nominal dos diretores com CPF e registro no(s) respectivo(s) conselho(s);
- listagem nominal dos profissionais médicos e odontólogos com CPF, registros nos Conselhos respectivos, tipo de vínculo, especialidade e carga horária;
- listagem nominal dos profissionais de enfermagem, com respectivos registros no Coren, tipo de vínculo e carga horária;
- listagem nominal dos demais profissionais de nível superior, por categoria profissional, com registros correspondentes nos Conselhos e carga horária;
- listagem nominal dos demais funcionários por categoria;
- escala mensal do plantão de todos os profissionais;
- escala mensal do ambulatório de todos os profissionais;
- cópia do documento que institui a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e ata da última reunião;
- licença para funcionamento da unidade, expedida pela Vigilância Sanitária Estadual;

- licença para funcionamento da farmácia (quando houver), expedida pela Vigilância Sanitária Estadual.

Podem ainda ser solicitados documentos de atendimento (fichas clínicas, prontuários), de despesas e outros.

Durante a programação do trabalho é necessário que se determine o percentual de amostragem dos documentos a ser examinado. Tal universo poderá variar de 20% a 100% dependendo do volume de documentos apresentado pela unidade a ser auditada, ou do que motivou a auditoria.

Para escolha do percentual que será auditado (amostragem), considerar a representatividade e o quantitativo de AIH apresentado, seguindo os critérios:

- | | |
|-------------------------------|------|
| • Unidade com até 100 AIH | 100% |
| • Unidade com 101 a 200 AIH | 75% |
| • Unidade com 201 a 300 AIH | 50% |
| • Unidade com 301 a 500 AIH | 30% |
| • Unidade com mais de 500 AIH | 20% |

Quando se verificar, no andamento da auditoria, a incidência de irregularidades superior a 40% do universo que está sendo analisado, o percentual de amostragem deverá ser estendido para 100%.

Nas auditorias especiais, onde se determina um percentual padronizado, se ocorrer a situação anteriormente descrita, recomendar a extensão dos trabalhos com maior profundidade e abertura de novo processo de auditoria.

4.1.1 Da Verificação *in Loco*

a) Organização Hospitalar

Nesta etapa verifica-se toda a estrutura e organização do hospital. Para tanto, deve-se utilizar os documentos de orientação do trabalho (papéis de trabalho), que são:

- Roteiro de Visita Hospitalar;
- Roteiro de Auditoria em Psiquiatria;

- Roteiro de Visita Ambulatorial;
- Roteiro de Atividade Específica (TRS, UTI, Hemoterapia, etc.).

A perfeita caracterização da funcionalidade do hospital dependerá da aplicação destes anexos de forma correta e com discernimento.

Na aplicação dos roteiros, atentar para os seguintes aspectos:

b) Relativos à Estrutura/Funcionalidade

- percorrer todas as dependências do hospital, visitando unidades de internação e de apoio, serviços complementares de diagnose e terapia, ouvir profissionais e pacientes;
- observar a conservação, segurança, ventilação e iluminação de todo prédio, assim como sistema de comunicação, transporte, limpeza e cuidados com o lixo hospitalar;
- averiguar, nas unidades de internação, a higiene e conservação das mesmas, cuidados com o paciente, quantidade e conservação do material e equipamento, método de desinfecção e limpeza de material. Verificar a área física, mobiliário, utensílios e equipamentos dos postos de enfermagem, copas, salas de curativos e sanitários;
- examinar o fluxo do setor de esterilização, equipamentos e métodos utilizados na esterilização, acondicionamento e cuidados com o material esterilizado, sua quantidade e qualidade;
- atentar para o fluxo da lavanderia, método de desinfecção e lavagem de roupa, quantidade, qualidade e conservação da roupa hospitalar;
- avaliar fluxo, material e equipamento de serviços específicos como o cirúrgico, obstétrico, berçário, unidade de queimados, UTI, unidade de terapia renal substitutiva, unidade de transplantes, unidade coronariana, isolamento e outros;
- conferir a existência de controle bacteriológico periódico das áreas de lactário, berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de esterilização, UTI e outras áreas onde

este cuidado se faça necessário. Verificar controle sanitário do pessoal desta área;

- avaliar se está sendo observada a relação adequada de médico assistente, plantonista em UTI, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros, por paciente;
- verificar apresentação do pessoal e uso de equipamentos de biossegurança;
- examinar as condições de acondicionamento, amostragem e conservação nos setores do almoxarifado e farmácia, assim como cuidados dispensados à medicação controlada;
- observar se a sala de parto possui os materiais exigidos na Portaria MS/SAS n.º 96/94, quando o hospital cobra AIH de parto ou cesariana com o código de assistência ao RN na sala de parto;
- conferir se as unidades cadastradas em alta complexidade estão cumprindo as exigências constantes nas respectivas portarias (câncer, ortopedia, cardiologia, epilepsia, labiopalatal, odontologia especializada, transplante, UTI especializada, II e III, neurocirurgia I, II e III, referência em urgência e emergência I, II e III, paciente de alto risco secundário e terciário, doença do sono, busca de possível doador de órgão, deficiência auditiva, queimados e gastroplastia);
- nos hospitais de ensino e os que recebem incentivos referentes ao IVH-E e Referência em Urgência/Emergência, verificar se os mesmos estão cumprindo as exigências das Portarias MS/MEC/CONJUNTA n.º 1.000 e n.º 1.005/2004, MS/GM n.º 1.692/95 MS/GM n.º 479/99 e MS/GM n.º 2.048/02, respectivamente;
- em Hospitais “Amigo da Criança” verificar o cumprimento da Portaria MS/SPS/SAS n.º 029/2001;
- avaliar a manutenção dos padrões mínimos adotados no acondicionamento, higienização e pré-preparo dos alimentos, assim como conforto, segurança e conservação das áreas, utensílios e equipamentos do serviço de nutrição;

- observar a quantidade, qualidade, apresentação e higiene da alimentação servida. Verificar se a alimentação complementar distribuída coincide com o mapa fornecido pelo nutricionista, o método utilizado na distribuição da alimentação, horário, temperatura e apresentação das refeições;
- examinar fluxo do lactário, sistema de desinfecção e esterilização de mamadeiras, método de preparo de fórmulas lácteas;
- verificar condições e sistemas adotados no Arquivo Médico e Setor de Estatística;
- averiguar os métodos de treinamento e supervisão do pessoal das diversas áreas;
- checar a existência ou não de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de Ética Médica;
- conhecer a biblioteca e a organização do Corpo Clínico;
- colaborar com o hospital sob avaliação, no sentido de dirimir dúvidas, harmonizar procedimentos e conciliar situações em benefício da boa assistência do paciente.

c) Relativos ao Exame do Paciente Internado

- solicitar e analisar os prontuários dos pacientes internados e, por amostragem, visitar 20% desses pacientes ou mais, se a situação exigir;
- exame do paciente (a depender da exigência de assim o proceder), o médico auditor deve, antes de iniciar suas atividades junto ao paciente, identificar-se, informar sua função e solicitar permissão para executá-la. Caso o paciente não concorde, interromper sua visita e registrar em seu relatório. Ao exercer essa função deve-se agir com consciência e imparcialidade e o que se tiver conhecido por meio de exames e observações deverá guardar sigilo, de acordo com os princípios éticos;
- não formular, junto ao paciente, familiares, funcionários do hospital ou qualquer outra pessoa envolvida, comentários ou críticas sobre a assistência médico-hospitalar que está sendo prestada.

d) Do Prontuário Médico-Hospitalar

- o prontuário médico-hospitalar é um documento referente à assistência médica prestada ao paciente. Sua análise deve ser de competência exclusiva dos médicos e da equipe de saúde. Os profissionais estão sujeitos ao segredo profissional em obediência aos respectivos códigos de ética.

e) Composição Mínima (Módulo Hospital, aprovado pela Portaria MS/GM n.º 396/00 e Resolução CFM n.º 1.638/02)

- Ficha de Identificação e Anamnese do Paciente;
- Registro Gráfico de Sinais Vitais;
- Ficha de Evolução/Prescrição Médica;
- Ficha de Consulta de Enfermagem (Cofen/RS – 159);
- Ficha de Registro de Resultados de Exames Laboratoriais e outros métodos diagnósticos auxiliares;
- Ficha de Registro de Resumo de Alta;
- Ficha de Descrição do Ato Cirúrgico;
- Ficha de Descrição do Ato Anestésico;
- Partograma e Ficha do Recém-Nato;
- Folha de Débito do Centro Cirúrgico (gasto de sala);
- Prescrição Dietoterápica assinada e carimbada pelo nutricionista.

f) Obrigatoriedade do preenchimento

- todos os documentos do Prontuário Médico deverão estar corretamente preenchidos com letras legíveis, assinados e carimbados;
- prescrição e evolução médica diária, assinada e carimbada;
- relatório diário da prescrição e evolução de enfermagem, assinado e carimbado;

- registro diário dos sinais vitais;
- descrição dos atos cirúrgico e anestésico, com letra legível, assinada e carimbada;
- deverá ser anexada ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares.

g) Análise do prontuário médico-hospitalar

Na vigência das internações, dentro dos princípios éticos, avaliar, a evolução clínica dos pacientes, a propriedade dos exames solicitados e da terapêutica instituída, a indicação das cirurgias, bem como compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico, ou quadro clínico apresentado.

- Analisar detidamente as indicações técnicas que motivaram as internações, principalmente as de emergência, assim como os relatórios de atos operatórios e boletins de atos anestésicos. Verificar a existência de assinatura e carimbo do profissional assistente na prescrição e evolução diária nos prontuários. Avaliar os registros de enfermagem quanto à sua capacidade informativa, controle de sinais vitais, controle de líquidos introduzidos e eliminados, controle da administração de medicamentos, execução de tratamentos e curativos. Avaliar a prescrição dietética e sua adequação aos casos específicos.
- Observar junto a pacientes internados, por amostragem, cuidados dispensados à sondas, cateter, drenos, aspirações e nebulizações, cuidados na prevenção e tratamento de escaras, na administração de oxigênio, na instalação parenteral em perfusão e condições de coletores.
- Examinar, por amostragem, se a medicação prescrita coincide quantitativa e qualitativamente com a que está sendo administrada.
- Analisar a propriedade das internações em UTI e a mobilização de recursos técnicos de alto custo.

- Conferir se está existindo cobrança de complementação, a qualquer título, de pacientes do SUS, contrariando as normas vigentes (Portaria MS/SAS n.º 113/97).
- Verificar se está sendo cobrado TCE (grave com complicações) código 40.200.00.0 em pacientes com TCE sem complicações código 40.206.00.9.
- Observar se, na cobrança de AIH de cirurgia múltipla e politraumatizado, os atos médicos foram realizados no mesmo ato anestésico.
- Atentar se está sendo emitida nova AIH quando o correto seria a solicitação de Diária de Permanência à Maior.
- Verificar se estão sendo cobrados mais de uma aplicação de nutrição parenteral/enteral, por dia.

NOTA: a conceituação de uma cirurgia como laparotomia exploradora só deve ser feita quando, após incisão ampla e exploração abdominal completa, não for possível estabelecer um diagnóstico preciso.

h) Dos Procedimentos Médicos

Trata-se de um conjunto de atos médicos, cuja normatização define os passos e princípios da assistência prestada, o que torna a sua observância obrigatória. Estão, contidos no documento Módulo do Hospital editado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

i) Análise da AIH x Prontuário após a Alta

A revisão do prontuário médico-hospitalar após a alta é desenvolvida:

- de rotina, pela equipe técnica de auditoria;
- especial, a partir da análise de vários critérios nos hospitais sob auditoria, ou daqueles que apresentem distorções ou relatórios de alarme que exijam comprovação.

O Prontuário Médico-Hospitalar constitui-se do registro de todas as informações sobre o atendimento prestado ao paciente. Con-

siderando isso, o seu conteúdo reflete a qualidade da assistência prestada. Visto que o prontuário médico contém registros importantes da vida nosológica do paciente, deve ser sempre examinado no seu local de arquivo (nas dependências do prestador de serviço), a não ser nas situações excepcionais. Há parecer do CFM preconizando essa atitude (Resolução CFM n.º 1.614/2001).

A análise da AIH x Prontuário representa importante atividade na auditoria. Envolve a participação de vários profissionais de saúde, exigindo a definição de funções em cada fase de sua elaboração, para que possam ser atingidos os objetivos propostos.

Os objetivos dessa sistemática de análise são:

- avaliar a propriedade, eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados;
- verificar a observância dos procedimentos frente aos padrões, parâmetros, indicadores e critérios estabelecidos;
- obter subsídios para a elaboração ou reformulação das necessidades de cobertura da assistência hospitalar;
- identificar e documentar distorções e permitir que sejam propostas medidas corretivas.

j) Laudo Médico para Emissão de AIH

É o instrumento para solicitação de internação do paciente em hospitais integrantes do SIH/SUS, sem o qual nenhuma AIH poderá ser emitida. Seu preenchimento integral deve ser feito com clareza, de modo a permitir que o órgão emissor (até mesmo o auditor) tenha uma visão do quadro do paciente, o mais próximo possível da visão do médico-assistente.

k) Laudo Médico para Solicitação de Procedimentos Especiais

É o documento para solicitação de procedimentos especiais, devendo ser preenchido pelo médico-assistente, de forma correta e clara, e autorizado pelo diretor clínico ou pelo órgão gestor, a critério deste.

I) Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

É o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob regime de internação hospitalar. Fornece informações para o gerenciamento do Sistema de Informações Hospitalares.

É por meio desse documento que os hospitais, profissionais, Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) receberão pelos serviços prestados ao usuário.

m) Entendendo uma AIH

Para melhor compreensão desse formulário, dividimos uma AIH em cinco quadros:

- Dados de Identificação do Hospital;
- Dados de Identificação do Paciente;
- Dados de Internação;
- Procedimentos Especiais;
- Atos Médicos.

n) Tipos de AIH

• AIH – Identificação - 7 (Formulário) ou Meio Magnético

É emitida exclusivamente pelos órgãos emissores, com numeração própria, pré-impresa, em duas vias: a primeira via será levada ao hospital, pelo paciente ou responsável, no caso de internação eletiva, e a segunda via será arquivada no órgão emissor. Nos casos de urgência, o laudo de emissão de AIH é preenchido pelo hospital e encaminhado ao órgão emissor (gestor) para autorização.

• AIH – Identificação - 1 (Meio Magnético)

É o documento que fornece as informações sobre a internação do paciente.

• Espelho de AIH

É a cópia em papel da AIH-1, emitida em uma via, devendo ser assinada e carimbada pelo diretor clínico e anexada ao prontuário

médico do paciente, sendo sua emissão obrigatória. Facilita os trabalhos de auditoria quando confrontados os dados no prontuário médico com os procedimentos cobrados – Portarias MS/SAS n.º 92/95 e n.º 304/2001.

- **AIH – Identificação - 5 (Longa Permanência)**

É utilizada para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de psiquiatria e paciente sob cuidados prolongados e internação domiciliar geriátrica de média e longa permanência. Autorizada permanência do paciente pelo Órgão Gestor, o hospital deverá emitir a AIH-5, que receberá a mesma numeração da AIH-7 que deu origem à internação, devendo ser anexada ao prontuário médico.

- o) **Durante a revisão dos prontuários deve ser verificado se:**

- o quantitativo de prontuários, apresentados para a auditoria, confere com a quantidade de AIH pagas no processamento que está sendo analisado;
- o nome do paciente da AIH-7 é o mesmo do prontuário e da AIH Simulada;
- os dados constantes no Espelho da AIH conferem com os do Relatório Demonstrativo de AIH Pagas e/ou Relação de AIH Pagas – RD (alto custo, procedimento realizado, atos profissionais, SADT, AIH de cirurgia múltipla, politraumatizado, aids, Procedimentos Seqüenciais de Neurocirurgia, outros);
- o preenchimento do laudo médico está correto;
- as unidades apresentam os prontuários médicos de acordo com as normas vigentes, ou seja, o mínimo necessário;
- em caso de implante de produtos radiopacos, se existe controle radiológico pré e pós-operatório, com identificação do paciente e data;
- o código e a quantidade de material lançado no Espelho da AIH corresponde ao que foi utilizado no paciente;

- o número da nota fiscal lançado no Espelho da AIH corresponde à compra do material que foi utilizado;
- a solicitação de OPM está devidamente preenchida e autorizada pelo diretor clínico ou pelo gestor, a critério deste;
- há cobrança de diária de UTI até o dia da alta do paciente, exceto nos procedimentos dos grupos 76.100.09.0, 77.100.06.9, 77.100.05.0, 77.100.08.5, 81.100.08.6, 82.100.03.9, 89.100.01.8 e 90.100.01.8, óbito, transferência e reoperação;
- existe justificativa do médico-assistente, no caso de mais de três diárias de UTI e se a mesma está autorizada pelo diretor clínico, ou pelo gestor, a critério deste;
- as indicações de internações em UTI atendem aos critérios estabelecidos em atos normativos do Ministério da Saúde;
- as unidades assistenciais estão solicitando realmente a permanência a maior, ou se estão emitindo nova AIH;
- os exames realizados, quando o paciente está internado, estão sendo cobrados no SIA/SUS, o que caracteriza duplicidade de pagamento;
- a escala de plantão dos pediatras e neonatologistas, confrontando com o nome do profissional que prestou o atendimento na sala de parto, segundo o prontuário médico;
- percentual de parto normal e cesariana nos Hospitais “Amigo da Criança”;
- o período de internação constante no prontuário médico é o mesmo que está sendo lançado no Espelho da AIH;
- taxa de cesariana;
- pertinência e comprovação da cobrança de procedimentos de alto custo (tomografia, nutrição parenteral/enteral, estudos hemodinâmicos, vacina anti-RH; arteriografias, neuroradiologias, hemoterapia, quimioterapia, diálise peritoneal, fatores de coagulação, ciclosporina, exsangüineotransfusão, estreptoquinase, estudo eletrofisiológico, hemodiálise, diária

de recém-nato, diária de acompanhante, etc.), ou seja, todos os procedimentos cujos códigos iniciam com 92 até 99;

- a pertinência das cobranças nas AIH de politraumatizado, cirurgia múltipla, procedimentos seqüenciais em neurocirurgia, aids, cirurgia múltipla em pacientes com lesão labiopalatais, cirurgia plástica corretiva seqüencial em pacientes pós-gastroplastia, procedimentos seqüenciais da coluna em ortopedia e busca ativa de doador de órgãos e tecidos, conforme normas específicas para cada tipo de AIH;
- as unidades assistenciais estão solicitando mudança de procedimento, conforme normas vigentes, ou se estão emitindo nova AIH;
- as unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das respectivas portarias e se o lançamento nas AIH estão de acordo com as normas vigentes, quando se tratar de hospital-dia (aids; psiquiatria; geriatria; intercorrências após transplante de medula óssea; procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos e fibrose cística);
- as unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das portarias, nas internações de psiquiatria e paciente sob cuidado prolongado e domiciliar.

p) Distorções Mais Comumente Encontradas

Enumeramos as principais distorções encontradas por documento analisado.

Laudo Médico:

- laudo médico incompleto, insubsistente, ilegível e com rasuras;
- discordância entre o procedimento solicitado e o diagnóstico inicial;
- repetição de palavras, na mesma ordem, para descrever sinais e sintomas, em laudos diferentes.

AIH e Prontuário:

- cobrança de procedimentos de maior valor;

- cobrança de parto/cesariana com assistência ao recém-nato, sem a presença do pediatra/neonatalogista na sala de parto;
- cobrança de material radiopaco, sem a devida comprovação radiológica;
- documentos médicos ilegíveis, incompletos e/ou com rasuras;
- inexistência de impressos próprios aos registros de enfermagem;
- ausência de exames complementares;
- inexistência de ficha de anestesia, relatório cirúrgico ou com dados insubsistentes;
- registros de enfermagem inexistentes, incompletos e/ou executados por pessoas no exercício ilegal das ações de enfermagem;
- inexistência de ficha do berçário;
- inexistência, ausência e/ou preenchimento incompleto da ficha do RN no berçário;
- ocupação do mesmo leito por mais de um paciente no mesmo período de internação;
- realização simultânea de cirurgias na mesma data/hora/sala/profissional;
- inexistência de Espelho de AIH anexado ao prontuário, em desobediência às Portarias MS /SAS n.º 092/95 e n.º 304/2001;
- internações indevidas, irregulares e/ou desnecessárias na UTI;
- tempo extremamente curto nos intervalos cirúrgicos, na mesma sala e na mesma data;
- realização de anestesia simultânea, pelo mesmo profissional;
- discrepância entre o relatório da enfermagem e do médico;

- atos profissionais simultâneos no mesmo hospital e/ou em hospitais diferentes para o mesmo profissional;
- inexistência de solicitação e/ou autorização de procedimentos especiais em laudo específico;
- prontuário inexistente;
- diagnóstico incompatível com o quadro clínico apresentado;
- tratamento não compatível com o quadro clínico apresentado;
- internações desnecessárias;
- recursos terapêuticos insuficientes ou inadequados;
- internações de pacientes em caráter de urgência/emergência, quando o quadro é eletivo;
- pacientes tidos como internados, mas não encontrados no hospital;
- alto índice de cesariana;
- cobrança indevida de cirurgia múltipla, politraumatizado e aids;
- cobrança de OPM, cujo código é diferente do utilizado;
- uso indevido do CPF – cobrança de atos médicos no CPF do profissional cadastrado sendo realizados por terceiros;
- cobrança de exames complementares inexistentes no prontuário;
- cobrança de atos médicos de pacientes fictícios;
- preenchimento incompleto da identificação do paciente e do endereço;
- divergência na identificação entre o laudo e a AIH;
- emissão indevida de mais de uma AIH para o mesmo paciente;
- cobrança de complementaridade a qualquer título, contrariando a Portaria MS/SAS n.º 113/97;

- cobrança na AIH de exames realizados com data anterior à internação.
- cobrança indevida de auxiliar cirúrgico sem a devida anotação;
- mudança de procedimento sem solicitação e autorização;
- emissão de AIH para paciente particular ou assistido por plano de saúde do próprio hospital ou de outras instituições;
- cobrança de atos não realizados;
- divergência entre o Demonstrativo de AIH Pagas/Relação de AIH Pagas e o Espelho de AIH;
- alta melhorada na AIH, constatando-se óbito ou permanência no prontuário;
- cobrança de partos em CPF de profissional médico, sendo os partos realizados por parteiras;
- cobrança de material em AIH de outro paciente.

4.2 Auditoria Operativa Ambulatorial

Trata do trabalho de verificação da prestação da assistência ambulatorial, por meio da organização e dos serviços oferecidos.

4.2.1 Organização Ambulatorial

Ao avaliar esse aspecto, verifica-se toda a estrutura e organização da Unidade Prestadora de Serviço. Para tanto, utiliza-se o documento de orientação de trabalho, que é o Roteiro de Visita Ambulatorial. A perfeita caracterização da funcionalidade do ambulatório dependerá da aplicação desse roteiro de forma correta e com discernimento.

4.2.2 Aspectos Relativos à Estrutura/Funcionalidade

Avaliar a disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos, verificando inclusive:

- se há setores da unidade que apresentam demanda reprimida;
- a capacidade da unidade para a realização dos procedimentos e serviços cadastrados;
- as condições físicas da unidade em relação ao alojamento dos pacientes nos atendimentos de consultas com observação;
- o cumprimento das normas específicas nos procedimentos de alta complexidade;
- se há cobrança de taxas no atendimento, principalmente quando se tratar de ambulatório do hospital;
- a hierarquização e regionalização da rede;
- a referência e contra-referência;
- a distribuição de medicamentos;
- as ações de vigilância sanitária;
- a jornada de trabalho dos profissionais x produtividade;
- o sistema de marcação de consultas. Existência ou não de central de marcação;
- se estão sendo observadas as normas técnicas para conta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na RDC Anvisa n.º 153, de 14/6/2004;
- o quantitativo de atendimentos resolutivos e os encaminhamentos para outras unidades com os respectivos motivos;
- a existência de equipamentos ociosos ou desativados e respectivas causas;
- se está garantida a assistência ao paciente, após sua alta, caso o mesmo apresente complicações durante as 24 horas seguintes do ato cirúrgico;
- se a unidade garante suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internação, em consequência de intercorrências de cirurgias ambulatoriais.

4.2.3 Aspectos Relativos à Qualidade e Satisfação do Usuário

- Verificar se há filas, as condições da sala de espera, o tempo de espera e as condições de higiene das instalações sanitárias.
- Entrevistar o usuário utilizando a escolha aleatória, para identificar o grau de satisfação do mesmo. Para tal, é necessária a elaboração de um roteiro prévio.
- Observar se há marcação prévia de consultas e os respectivos prazos.
- Examinar, por amostragem, se os registros dos atendimentos estão completos, com toda descrição do atendimento e o funcionamento do serviço de arquivo desses documentos.
- Aferir aleatoriamente o tempo de duração das consultas.
- Na Terapia Renal Substitutiva, observar o cumprimento do Regulamento Técnico conforme Portaria MS/SAS n.º 211/04 e a RDC Anvisa n.º 154/04.
- Se o serviço obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a validade de seus certificados.
- As condições de armazenamento dos produtos radioativos e a proteção ambiental.

4.2.4 Aspectos Relativos à Análise dos Documentos de Atendimento e Outros Instrumentos para Consulta

a) BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

Possibilita o fornecimento, de modo agregado, da quantidade de serviços realizados por mês de competência. É emitido em três vias, ou em meio magnético, dividido em três blocos:

- Dados Operacionais;
- Serviços realizados;
- Formalização.

b) Ficha Clínica de Atendimento Individual

Sua análise permite verificar:

- compatibilidade entre procedimento cobrado e o efetivamente realizado;
- compatibilidade entre diagnóstico/sexo/idade;
- procedência da cobrança como procedimento ambulatorial;
- compatibilidade entre exames complementares e terapia ou diagnóstico;
- codificação correta efetuada pelo profissional assistente;
- avaliação dos programas especiais, onde houver;
- cobrança indevida de SADT em procedimentos onde esses exames e/ou terapias já estejam incluídos no custo;
- cruzamento de informações entre SIA e SIH quando se tratar de unidade hospitalar;
- a pertinência da cobrança das ações não médicas, procedimentos odontológicos, procedimentos médicos e demais serviços;
- a comprovação das requisições de SADT;
- comprovação das requisições de exames de alta complexidade.

As Requisições de Exames Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), devem contemplar os dados correspondentes à identificação do paciente e do requisitante. A requisição de SADT não equivale à execução do atendimento. Sua comprovação se dará com a anexação do resultado à Ficha de Atendimento.

As Requisições de Exames Especializados, além de contemplar os dados mencionados acima, devem conter a identificação da unidade e a justificativa para indicação do exame.

c) Relatório Demonstrativo de Apac Magnético

Sua análise permite checar:

- a compatibilidade entre o procedimento cobrado e o efetivamente realizado;

- a pertinência da cobrança dos procedimentos considerados secundários (não autorizados na Apac Formulário).

d) Visita Domiciliar por Profissional de Nível Médio

- Verificar se as ações executadas durante a visita estão sendo indevidamente computadas à parte, pois as mesmas já estão consideradas no valor total dos procedimentos.
- Verificar se as visitas estão sendo documentadas em relatórios contendo: nome, endereço, data da visita, procedimentos realizados e assinatura do profissional que as realizou.

e) Visita de Inspeção Sanitária

- Deve ser considerado um procedimento por visita efetuada, independente do número de técnicos participantes e do tempo decorrido.
- Verificar se as visitas estão sendo devidamente documentadas contendo: objetivo, duração, local visitado, tipo de estabelecimento, data, medidas adotadas na constatação de irregularidades e assinatura do(s) responsável(is).

f) Atendimento por Profissionais de Nível Médio

- Verificar se a nebulização não está sendo registrada no BPA, como atendimento de fisioterapia em patologia respiratória.
- Verificar se, na retirada de pontos, a cobrança está sendo feita pela totalidade de pontos, não devendo ocorrer cobrança por ponto realizado.
- Verificar, no lançamento de procedimentos curativos, se a cobrança está sendo feita por curativo realizado.
- O procedimento Administração de Medicamentos – consiste no ato da administração de medicamentos, independente da quantidade administrada, prescritos nas Consultas/Atendimentos. Verificar se estão lançando, corretamente para cobrança, os códigos 01.022.01.6 – Administração de Medicamentos em Especialidades Básicas, ou 07.031.01.7 – Adminis-

tração de Medicamentos em Consultas/Atendimentos Especializados e de Alta Complexidade.

g) Atividade Executada por Agente Comunitário de Saúde

- Verificar se está implantado o Sistema de Informações do PACS e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente.
- Verificar se está sendo cumprido o parâmetro de no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas.
- Verificar o cumprimento de instrução e supervisão aos agentes, por enfermeira do programa, para o aperfeiçoamento e acompanhamento das atividades.
- Verificar se é observado o parâmetro de, no máximo, 30 agentes por enfermeira.
- Verificar o cumprimento das normas e diretrizes do programa.

h) Consulta Médica Diferenciada/Assistência ao Parto sem Distúcia, pelo Médico da Unidade de Saúde da Família

São procedimentos específicos da Estratégia Saúde da Família (SF).

Verificar:

- se a composição da equipe obedece à exigência mínima de: um médico, um enfermeiro e outros seis componentes, entre agentes comunitários e técnicos de enfermagem;
- cumprimento do parâmetro de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas atendidas por equipe;
- se estão sendo realizadas avaliações para aferir: alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos profissionais, qualidade do atendimento, desempenho da equipe e impacto nos indicadores de saúde;
- se está implantado o Sistema de Informações específico da Atenção Básica (SIAB) e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente.

4.2.5 Atendimento Odontológico (Grupo 03 e Grupo 10)

a) Procedimentos Coletivos (03.011.01-1)

O Procedimento Coletivo é computado por cliente/mês.

Verificar:

- se cumpre o que está descrito na PT MS/GM/ n.º 1.230/99.
- se estão sendo realizados pelo menos 25 bochechos/ano para que haja eficiência do bochecho, tendo em vista que o ano tem 52 semanas ou se está sendo utilizado outro método alternativo na aplicação do flúor;
- se ocorre seleção prévia dos participantes, cadastro e acompanhamento de todo o grupo durante o programa;
- se é elaborado no final de cada período (um ano) relatório com a avaliação epidemiológica de cada grupo submetido aos procedimentos coletivos;
- se a unidade identifica os participantes do programa ao longo do ano, por meio de relação nominal por grupo, a qual deverá ficar à disposição do Controle e Avaliação;
- se há parceria da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Educação.

b) Procedimento Individual

- O exame clínico deverá ser considerado somente na primeira consulta (atendimento inicial), sendo necessário completar o período de um ano para realização de novo exame para o mesmo paciente.
- Verificar se os dados da Ficha Clínica são transcritos para o Mapa de Produção Diária ou Boletim Diário de Atendimento Odontológico o qual, consolidado, informará a produção diária da unidade.
- Examinar se está sendo preenchida corretamente a Ficha Clínica Odontológica, em todos os seus campos.

- Averiguar se o quantitativo de insumos, equipamentos e instrumental é compatível com o desenvolvimento das ações.
- Observar se os procedimentos endodônticos estão com comprovação radiológica (mínimo duas).

4.2.6 Consulta Médica (Grupo 02 e Grupo 07)

- Verificar, no Boletim de Atendimento, os exames solicitados e a terapêutica prescrita.
- A simples verificação de resultados de exames auxiliares e resultados terapêuticos, decorrentes de consultas, não pode ser considerada como uma nova consulta.
- Todas as consultas de urgência e emergência em hospitais devem ser cobradas como 07.011.04.0, desde que a unidade esteja cadastrada pelo menos como serviço/classificação 21/90 – atendimento urgência e emergência em clínica médica e as atividades profissionais 15 e 58, clínico geral e plantonista, respectivamente.
- Toda consulta médica que gerar internação deverá ser cobrada na AIH e não no BPA.

a) Consulta Médica com Terapia

O registro desse procedimento no BPA só deve ser feito quando for utilizado recurso terapêutico imediatamente após a consulta. O fornecimento de medicação ou a prescrição não caracterizam a consulta médica com terapia.

Exemplo: paciente é consultado e é prescrita uma série de oito nebulizações, sendo que a primeira é feita imediatamente após a consulta. Nesse caso, deverá ser cobrada a consulta e mais uma sessão de nebulização. As demais sete nebulizações serão cobradas como Atendimento por Profissional de Nível Médio.

b) Administração de Medicamentos – (07.031.02.5)

Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos

nas consultas/atendimentos especializados e de alta complexidade (PT MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99).

c) Administração de Medicamentos – (01.022.01.6)

Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas/atendimentos em especialidades básicas (PT MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99).

d) Atendimento Clínico com Observação até 24 horas – (07.011.01.6)

Compreende todos os atendimentos médicos realizados em ambulatório, que impliquem em observação prolongada de no mínimo 4 até 24 horas e terapia, inclusive parenteral (PT MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99).

Verificar:

- se a unidade dispõe de leito específico para observação;
- se há registros de enfermagem, como: sinais vitais, controle de gotejamento de soro, medicação administrada com vias e locais utilizados, eliminações;
- se há registro da evolução clínica do paciente e sua permanência em observação de, no mínimo 4 horas e no máximo até 24 horas;
- se o percentual (%) desse atendimento em relação às consultas obedece ao parâmetro estabelecido na programação;
- se não foi emitida AIH para esse tipo de atendimento;
- não há necessidade da UPS estar cadastrada com o serviço de urgência/emergência para a cobrança desse procedimento.

e) Consulta Médica Pré-Natal

Constatar se na consulta pré-natal está sendo cumprida a rotina padronizada para consulta pré-natal, como: verificação da pressão arterial, exame especular, quando necessário, medição do fundo do útero, peso, ausculta dos batimentos cardíacos, palpação, percussão e solicitação dos exames complementares de rotina.

- Nos municípios que recebem incentivos à assistência pré-natal (componente I), verificar se está sendo cumprida a realização dos procedimentos estabelecidos nos artigos 4.º e 8.º, item 4, da Portaria MS/GM n.º 570, de 1.º/6/2000.
- Os pagamentos dos procedimentos 07.071.02.7 e 07.071.03.5 são efetuados por meio do BPA, custeados pelo FAEC e considerados procedimentos estratégicos do Ministério da Saúde.

f) Fornecimento de DIU e Diafragma

No atendimento clínico para indicação e fornecimento do diafragma ou fornecimento e inserção de DIU, é vedado o lançamento no BPA associado à consulta médica.

4.2.7 Procedimentos Ortopédicos (Grupo 09)

- No valor do procedimento estão incluídos as consultas e os exames radiológicos (PT MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99).
- Verificar se há cobrança de raio X no BPA, considerada indevida por estar contemplada nos procedimentos ortopédicos, independente da quantidade de exames realizados.
- Verificar se os laudos radiológicos comprobatórios do diagnóstico estão anexados ao documento de atendimento.
- Verificar se os exames estão devidamente identificados com nome ou número de registro do paciente e data da realização.
- Pé torto congênito deverá ser cobrado no código 09.042.06.7, sendo que o valor se refere apenas ao tratamento de um pé.
- A ruptura de tendão deverá ser cobrada com o código 08.062.12.9 – tenorrafia.
- Quando for realizada mais de uma imobilização provisória, em segmentos diferentes, paga-se o quantitativo realizado.
- Talas gessadas e *vel/peau* não gessados deverão ser cobrados como 07.012.37.3 – consulta ortopédica com imobilização provisória.

- A realização de curativo + fratura pode ser cobrada quando em segmentos diferentes.

a) Consulta Ortopédica com Imobilização Provisória – (07.012.37.3)

- No valor do procedimento estão incluídos as consultas e os exames radiológicos (PT MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99).
- O atendimento realizado pelo ortopedista, caso o paciente não necessite de imobilização provisória, deve ser considerado consulta médica, código 07.012.26.8 ou 07.011.04.0, quando o atendimento for realizado na emergência de uma unidade hospitalar.
- É considerada consulta ortopédica com tratamento provisório, quando realizado exame clínico, radiológico e/ou terapia medicamentosa, com obrigatoria imobilização provisória, inclusive se utilizada a tala gessada.
- Pode cobrar esse procedimento o estabelecimento de saúde que possui atividades profissionais cadastradas em: 15 (clínica geral/medicina interna), 33 (ortopedista), 36 (pediatra), 58 (plantonista), 59 (médico do psf) e 74 (médico saúde comunitária).
- Conforme Portaria MS/SAS n.º 10, de 20/1/97, quando houver redução de fratura ou luxação e imobilização provisória com uso de tala gessada, será cobrado o código do tratamento correspondente ao seguimento. Na ocasião da substituição do aparelho provisório por aparelho gessado completo, deverá ser cobrado com o código correspondente à revisão com troca de gesso.

4.2.8 Oftalmologia – Consulta/Procedimento/Diagnose (Grupo 17)

- A consulta oftalmológica consiste de anamnese, inspeção, refração, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia, ce-

ratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e sensocromático.

- A fundoscopia faz parte da consulta oftalmológica e está incluída no valor desta.
- A tonometria de aplanção é procedimento binocular e poderá ser realizada fora da consulta em acompanhamento.
- Em diagnose oftalmológica os procedimentos são remunerados como binoculares, ressalvando-se que quando ocorrer solicitação específica para que o paciente seja submetido à diagnose indicada para um só olho, sendo, nesses casos, o valor do ressarcimento, igual ao da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, aprovada pela Portaria MS/GM n.º 1.230/99.

a) São procedimentos binoculares:

- estesiometria, gonioscopia, medida de ofuscamento e contraste, potencial de acuidade visual, teste de *Schirmer*, teste de visão de cores;
- *checkup* de glaucoma, curva tensional diária, teste de provocação de glaucoma;
- *checkup* de estrabismo, teste enzimático de lágrimas, teste para adaptação de lentes de contato;
- ceratoscopia computadorizada com gráfico, eletrooculografia, eletroretinografia;
- retinografia fluorescente, teste do fósforo radioativo;
- exercício ortóptico.

Os procedimentos acima devem ser acompanhados do respectivo laudo ou resultado de exame, por ocasião da cobrança.

b) São procedimentos monoculares:

- campimetria instrumental com gráfico, oftalmodinamometria, paquimetria ultrassônica, potencial evocado, retinografia colorida e teste de adaptação de visão subnormal;

- biometria ultrassônica, mapeamento da retina, microscopia especular da córnea;
- ecografia ocular ou de órbita;
- betaterapia;
- injeção subconjuntival;
- capsulotomia a *yag laser*, fotocoagulação a *laser* (por aplicação), fototrabeculoplastia a *laser*, iridotomia a *laser*, sinequiólise a *yag laser*, vitriólise a *yag laser*;
- injeção intravítreo;
- a acuidade visual a *laser*, quando realizada, também é considerada procedimento monocular.

Os procedimentos acima devem ser acompanhados dos respectivos laudos.

Ecografia ocular em pré-operatório de catarata senil não deve ser realizada e a cobrança não pode ser solicitada, pois não se admite como exame pré-operatório, exceto quando ocorre fator estranho ao processo senil, como trauma, inflamação intra-ocular severa, o que deve ser previamente justificado.

Nos procedimentos de fotocoagulação a *laser* deve haver um intervalo médio de 3 a 4 dias entre uma sessão e outra, quando for necessário mais de uma sessão. Esses casos devem ser justificados previamente à chefia técnica sem o qual não poderão ser pagos. Também deverá estar anexado o mapeamento da retina, a retinografia e a retinografia fluorescente.

Em hospitais que dispõem de serviço de atendimento de urgência em oftalmologia, cadastrados no SUS, só poderão ser cobrados como procedimentos de urgência:

- a) corpo estranho;
- b) processos inflamatórios de aparecimento súbito;
- c) queda repentina da acuidade visual;

d) acidentes com lesões oculares.

Para esses atendimentos deverá ser preenchida a guia de atendimento médico de urgência.

Exames como: refração, controle de diabetes, controle de fotocoagulação controle de pós-operatório, campimetria, controle de glaucoma, *checkup* de estrabismo, teste de visão subnormal não caracterizam atendimentos de urgência e não deverão ser cobrados.

Esses procedimentos devem ser realizados em ambulatório, com requisições corretamente preenchidas, acompanhados de indicações clínicas e laudos conclusivos, para serem autorizados pelo gestor.

Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica, por diferentes vias de acesso, deverão ser cobrados todos os atos realizados.

Nos pedidos de cirurgia e nos relatórios de procedimentos, deverá haver referência explícita a qual olho vai ser operado ou sobre o qual far-se-á algum procedimento, sob pena de glosa.

Sempre preencher corretamente os campos de informação da guia de solicitação de atendimento ou da requisição de exames/procedimentos.

O código usado para retirada de corpo estranho da córnea é 08.141.13.4.

4.2.9 Oftalmologia – Apac

(PT MS/SE/SAS n.º 6, de 27/3/00, PT MS/SE/SAS n.º 7, de 6/4/00, PT MS/GM n.º 1.311, de 29/11/00, PT MS/GM n.º 2.280, de 28/11/03, PT MS/SAS n.º 338, de 8/5/02 e PT MS/GM n.º 2.219, de 20/11/03).

- São cobrados por meio de Apac os procedimentos: facectomia com implante de lente intra-ocular com a realização de exames de tonometria ultrassônica; fotocoagulação a *laser* por aplicação; facoemulsificação com implante de lente intra-ocular dobrável, com a realização de exames de tonometria e biometria ultrassônica; transplante de córnea e *checkup* de glaucoma.

- As Apac de facectomia, fotocoagulação a *laser* e facoemulsificação têm validade de apenas uma competência. Apac de transplantes de córnea e *checkup* de glaucoma têm validade de até três competências, cobradas na Apac II Meio Magnético Único.
- Somente o oftalmologista está habilitado a realizar esses procedimentos.
- Para cobrança de Apac transplante de córnea e *checkup* de glaucoma, é obrigatório que a unidade esteja cadastrada com serviço/classificação. Caso contrário, a mesma será rejeitada, o que não acontece com as Apac de facectomia, fotocoagulação a *laser* e facoemulsificação com implante de lente intra-ocular, onde não há exigência.
- Deverão estar arquivados para fins de consulta da Auditoria: Apac I Formulário; Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético e Laudo Médico para Emissão de Apac.
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores.
- Todos os procedimentos cobrados por meio de Apac são considerados estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).
- Os procedimentos referentes ao pré-operatório serão cobrados por meio de BPA.

4.2.10 Pequenas Cirurgias e Cirurgias Ambulatoriais (Grupo 02 e Grupo 08)

Verificar:

- se há registro de descrição das cirurgias e se o boletim de anestesia encontra-se anexado;
- as suturas, ditas “plásticas reparadoras”, somente serão pagas quando justificadas, com relatório circunstanciado da cirurgia;

- as suturas de pele somente poderão ser incluídas como cirurgias ambulatoriais, quando o ferimento for extenso ou em casos especiais, devidamente justificados e descritos minuciosamente pelo médico responsável;
- as tenorrafias e neurorrafias somente poderão ser realizadas em ambulatório, obedecendo ao nível de hierarquia e à especificação de atividade profissional, constantes na Tabela Descritiva dos Procedimentos – SIA/SUS;
- nos valores pagos está incluída a sutura da pele (incisão cirúrgica);
- os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios.

Os procedimentos da Atenção Básica (Grupos 01 a 05), quando realizados em Unidades Hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, de conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS n.º 09/2000. Se dois ou mais procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos – SIA/SUS forem realizados durante o mesmo ato cirúrgico, deverá ser cobrado somente o procedimento de maior valor quando:

- durante o ato cirúrgico houver indicação de outra(s) intervenção(ões) sobre órgão ou região, desde que realizada(s) pela mesma incisão;
- diversas intervenções se realizarem na mesma cavidade ou orifício natural;
- novas incisões tiverem que ser feitas para a complementação do ato cirúrgico;
- o primeiro atendimento que inclua ato cirúrgico implicará somente no pagamento desse ato, nele ficando incluído o valor da consulta, ou quaisquer outros atos relacionados com a seqüência desse atendimento.

Pode ser cobrado por clínico, cirurgião, ou plantonista, o Atendimento Médico com Observação + Sutura + Tratamento de Fratura, nos casos em que o paciente permanecer em observação prolongada de no mínimo 4 até 24 horas, da mesma forma em relação à terapia, inclusive parenteral, acompanhada de cura de fratura incruenta e sutura de lesões superficiais. Exemplo: traumatismo abdominal (suspeita de lesão de fígado + fratura de antebraço [rádio] + corte superficial na coxa).

4.2.11 Patologia Clínica (Grupo 11)

Verificar:

- se no valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, desde a coleta até a entrega dos resultados dos exames (PT MS/SAS n.º 156, de 14/9/94);
- se os quantitativos de exames seguem os parâmetros de programação em relação às consultas médicas e se as requisições são limitadas à indicação necessária para a elucidação do diagnóstico;
- a proporcionalidade de resultados normais;
- se em unidades ambulatoriais de hospitais ocorre cobrança no BPA dos exames para fins de internação, pois os mesmos estão incluídos no valor da AIH, correspondente à internação;
- se, no procedimento imunofenotipagem de hemopatias malignas (Código 11.065.13.3), paga-se por exame realizado, no máximo de dez exames por paciente;
- se, nos exames abaixo descritos, quando realizados em urina de 24 horas devem-se cobrar:
 - a) Dosagem de cálcio – 11.011.09.2;

- b) Ácido úrico – 11.011.03.3;
- c) Fósforo – 11.011.17.3.

4.2.12 Radiodiagnóstico (Grupo 13)

Verificar:

- no valor dos procedimentos, se estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados (PT MS/SAS n.º 156, de 14/9/94);
- de forma aleatória, se são cumpridas integralmente, as solicitações contidas nas requisições;
- se os laudos estão completos, constando a assinatura e carimbo do médico responsável;
- a proporcionalidade de resultados normais.

4.2.13 Exames Ultrassonográficos (Grupo 14)

Verificar:

- no valor dos procedimentos se estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados dos exames (PT MS/SAS n.º 156, de 14/9/94);
- se ecografia do aparelho urinário (14.014.05.0) inclui rins e bexiga, conforme Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99;
- se ecografia de abdômen total (14.018.01.2) inclui abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga, conforme Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99;
- ecografia de órgão abdominal isolado (14.017.01.6) – máximo de dois órgãos, conforme Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99.

4.2.14 Diagnóstico em Gastroenterologia (Grupo 17)

- Neste subgrupo está incluída a eventual coleta ou biópsia, conforme Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99.
- Esofagoscopia (17.111.02.1).
- Esofagogastroduodenoscopia (17.111.03.0) – Portaria MS/GM n.º 1.708, de 1.º/9/03.

4.2.15 Fisioterapia (Grupo 18)

Verificar:

- se as reavaliações durante o período do tratamento estão sendo realizadas, principalmente em acidentados do trabalho;
- no prontuário a existência de prescrição e quantidades de sessões indicadas e se cada sessão inclui as técnicas praticadas;
- se há observância da PT MS/GM n.º 1.101, de 12/6/02, que estabelece um parâmetro de produtividade de 4,4 pacientes/hora;
- se está sendo obedecida a Lei n.º 8.856, de 1994, que fixa a jornada de trabalho dos profissionais, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, em 30 horas semanais;
- se os valores constantes na tabela correspondem à sessão de tratamento fisioterápico, limitado a uma sessão diária em regime ambulatorial.

Compreende-se por sessão de tratamento, todas as técnicas necessárias a mais pronta recuperação do paciente, sendo em média, utilizadas três técnicas em período de uma hora diária.

As autorizações deverão franquear até dez sessões. A cada dez sessões o paciente deverá ser submetido ao médico fisiatra, sendo-lhe devido o pagamento de uma consulta. Ao fim de cada período, o médico fisiatra ou fisioterapeuta deverá emitir relatório ao médico encaminhante, em que conste: o tratamento executado; o período de tratamento e os resultados obtidos.

O conceito de “sessão” em fisioterapia é global. Assim, a sessão de fisioterapia na coluna e nos membros inclui todos os segmentos do corpo indicados na requisição.

Somente serão autorizadas massagens com finalidade terapêutica.

Não é permitida a utilização de estagiários para fins de gerar atendimento aos usuários do SUS. Os estagiários também não podem ser contabilizados como recursos humanos existentes para planejamento da programação física de atendimento da unidade.

4.2.16 Hemoterapia (Grupo 37)

Verificar:

- se o quantitativo do procedimento Sorologia I é compatível com o quantitativo do procedimento de coleta;
- se os doadores considerados inaptos estão sendo devidamente encaminhados para atendimento com vista a diagnóstico e tratamento;
- se não ocorre cobrança de procedimentos de hemoterapia em duplicidade, no SIA e no SIH para o mesmo paciente, visto que esses procedimentos são comuns aos dois sistemas;
- se as unidades que recebem excedentes de plasma para separação em suas diversas frações, com finalidade terapêutica, estão devidamente autorizadas para tal, pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica;
- se estão sendo cumpridos os dispositivos das Portarias MS/GM n.º 1.737/04 e 373/2005, quanto à prioridade ao atendimento ao usuário do SUS, assim como se a contratação dos serviços privados ocorre somente quando comprovada a insuficiência dos serviços públicos.
- no caso de aplicação dos fatores de coagulação VIII e IX no prontuário do paciente, se a justificativa da aplicação do medicamento contem: nome, data de nascimento, peso, grau de deficiência, tipo de hemofilia, situação clínica, descrição do medicamento e dose aplicada;

- nos prontuários (ambulatorial e hospitalar) se há registro do número da bolsa, do tipo de componente, do volume e de quem realizou a aplicação;
- se estão sendo observadas as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na RDC Anvisa n.º 153, de 14/6/04;
- se os exames de grupo sanguíneo, fator RH e sorológicos estão sendo cobrados na patologia clínica e na hemoterapia.

4.2.17 Terapia Renal Substitutiva – TRS (Grupo 27)

Verificar:

- se os exames complementares mensais obrigatórios foram realizados, assim como os trimestrais, semestrais e anuais;
- a Ficha de Frequência Diária;
- a Ficha de Cadastro Ambulatorial de Diálise (FCAD);
- a lista de pacientes inscritos para transplante renal;
- o total de pacientes em tratamento (DPAC – DPA – DPI – hemodiálise – n.º e nomes);
- se há cadastro atualizado dos pacientes;
- se as normas do Sistema Integrado de Atenção ao Paciente Renal Crônico, contidas na RDC Anvisa n.º 154/04 e PT MS/SAS n.º 211/04, estão sendo cumpridas;
- se foram anexados aos prontuários: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário; Controle de Frequência Individual de Diálise; Laudo Médico para Emissão de Apac e Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME);
- segundo as Portarias MS/SAS n.º 140, de 20/4/99, n.º 125, de 2/3/2005, MS/SE/SAS n.º 55, de 28/8/01 e MS/SAS n.º 214, de 15/6/04:

1 – A Apac Formulário será emitida somente para os procedimentos:

27.011.01.1	27.031.06.3
27.011.04.6	27.031.08.0
27.031.03.9	27.031.16.0
27.041.01.8	27.031.18.7
27.031.07.1	27.031.20.9
27.031.09.8	27.011.07.0
27.031.10.1	27.011.08.9
27.011.03.8	27.011.09.7
27.031.01.2	27.011.10.0
27.031.14.4	

2 – Para os procedimentos abaixo, não serão emitidas Apac I Formulário. Os mesmos serão cobrados na Apac II Magnético.

27.021.01.7	27.011.02.0
27.021.02.5	27.021.03.3
27.011.05.4	27.031.13.6
27.011.06.2	27.021.06.8
27.021.07.6	27.031.15.2
27.031.21.7	27.031.17.9
27.031.19.5	

3 – Na internação do paciente com IRC, por intercorrências clínicas ou cirúrgicas, a cobrança das sessões de Hemodiálise ou DPI será efetuada pela Apac, não sendo permitida a cobrança na AIH.

4 – Quando o paciente for internado e as sessões de hemodiálise ou DPI continuarem sendo realizadas na UPS de origem desse paciente, as mesmas serão cobradas na Apac já autorizada, caso contrário solicitar nova Apac.

- 5 – A realização do procedimento dialítico em UTI só poderá ocorrer quando a situação clínica do paciente exigir sua permanência nesta unidade (Portaria MS/SAS n.º 207, de 6/11/96).
- 6 – Todos os exames complementares constantes na RDC Anvisa n.º 154/04, devem ser cobrados por Apac e não por BPA.

4.2.18 Medicina Nuclear (Grupo 32)

- Os procedimentos do grupo 32, subgrupo diagnose, são pagos pela Apac (Portaria MS/SAS n.º 460, de 6/12/00).
- Poderá ser emitida mais de uma Apac – Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, de acordo com as situações contidas na Portaria MS/SAS n.º 460, de 6/12/00, em um mesmo Laudo Médico.
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.
- Nos valores dos procedimentos estarão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames complementares, inclusive os atendimentos para entrega dos resultados.
- Analisar o custo benefício desses exames e terapias, verificando os resultados dos exames, levantando índice de resultados negativos e, por amostragem, constatar a sua realização junto aos pacientes.
- Deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Apac Formulário;
 - Resultado dos Exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.19 Oncologia – Radioterapia e Quimioterapia (Grupos 28 e 29)

- Verificar se há prontuários dos pacientes em tratamento, devidamente preenchidos e a validade da Apac I Formulário se

está de acordo com o estabelecido na Portaria MS/SAS n.º 296, de 15/7/99 e Portaria MS/SAS n.º 396, de 14/4/00.

- Observar se estão sendo cumpridas as normas constantes das Portarias MS/GM n.º 3.535, de 2/9/98, MS/SAS n.º 296, de 15/7/99, MS/GM n.º 1.289, de 16/7/02, e o Manual de Bases Técnicas para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia, aprovado pela Portaria MS/GM n.º 396, de 12/4/00.
- O pagamento da quimioterapia é feito por custo médio mensal de um esquema terapêutico e não pelo custo de um ciclo, seja ele aplicado em que intervalo for.
- Os procedimentos anotados como exclusivos e únicos não podem somar-se a outros, para o mesmo tumor.
- Verificar a compatibilidade dos procedimentos cobrados nas Apac Magnético com o descrito no laudo médico e prontuário.
- A quimioterapia deve seguir obrigatoriamente as seqüências de linha, 1.ª, 2.ª e 3.ª, contidas na descrição de procedimentos, podendo-se iniciar a quimioterapia por qualquer uma delas, porém, não será permitida a autorização de quimioterapia de 1.ª linha para paciente já tratado com quimioterapia de 2.ª ou 3.ª linha.
- Procedimento autorizado na Apac Formulário não poderá ser mudado na Apac Magnético, a não ser que tenha sido previamente autorizado pelo gestor, por meio de solicitação em novo Laudo Médico para Emissão de Apac, com fechamento da 1.ª Apac.
- Deverá constar no prontuário do paciente o Laudo do Exame Histopatológico, quando do início do tratamento oncológico.
- Para os procedimentos (secundários) realizados em concomitância com outros (principais), não será necessária Apac I Formulário, devendo ser os mesmos cobrados na Apac II Magnética, de acordo com as compatibilidades (Portaria MS/SAS n.º 296/99).

- Quando o paciente, por intercorrências, se afastar do tratamento por um período superior ao mês de competência da Apac II, será necessário o fechamento da Apac I autorizada e a solicitação de nova Apac. Se o retorno ocorrer dentro da mesma competência de cobrança, a Apac será mantida.
- Observar se consta registro de óbito no prontuário, com cobrança de Apac posterior ao dia do óbito.
- Verificar cobrança de procedimentos paliativos por um período superior a 12 meses.
- Examinar se há cobrança de procedimentos adjuvantes, não hormonal, cobrados por período superior a 12 meses.
- Checar cobrança de procedimentos neo-adjuvantes cobrados por período superior a seis meses.
- Na radioterapia, o valor dos procedimentos é por número de campos, blocos, inserções, tratamentos, procedimentos ou por mês (*Check Film*) e deverá obedecer a quantidade definida de acordo com as especificações feitas após a citação de cada procedimento.
- Deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Apac Formulário;
 - Controle de frequência individual de radioterapia/quimioterapia;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.20 Anestesia Geral (Grupo 22) (Portaria MS/GM n.º 1.230, de 14/10/99)

a) Código 22.011.01-3

- Anestesia geral, atos cirúrgicos e exames em deficientes físicos ou mentais ou em crianças.

- Este código é aplicável somente para realização de atos cirúrgicos e/ou exames em concomitância com os procedimentos de códigos:

-TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA EM PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA I, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.011.03-6 – BIÓPSIA DE LÍNGUA OU DE GLÂNDULAS SALIVARES;
08.011.28-1 – RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING;
08.011.29-0 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS SINUS PRÉ-AURICULAR.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS PAREDE ABDOMINAL I, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.021.01-5 – BIÓPSIA ANU-RETAL;
08.021.02-3 – BIÓPSIA DE PAREDE ABDOMINAL;
08.021.03-1 – DILATAÇÃO DIGITAL OU INSTRUMENTAL DO ÂNUS E/OU RETO;
08.021.04-0 – DRENAGEM DE ABCESSO ANU-RETAL.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS EM APARELHO GENITAL FEMININO I, COM EXCEÇÃO DO CÓDIGO 08.031.06-1 – DILATAÇÃO DO COLO UTERINO;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS DE MAMA I;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOARTICULAR I;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA NO APARELHO CIRCULATÓRIO I;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO I, COM EXCEÇÃO DO CÓDIGO 08.081.01-8 – BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS SEM FINALIDADE CIRÚRGICA;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA EM APARELHO AUDITIVO I, COM EXCEÇÃO DO CÓDIGO 08.091.04-8 – EXERESE DE TUMOR BENIGNO DO CAE;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA DE TÓRAX COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.101.02-7 – DRENAGEM PLEURAL;
08.101.03-5 – DRENAGEM DE PNEUMOTÓRAX.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIA DO APARELHO GENITO-URINÁRIO, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.119.01-5 – BIÓPSIA DE BOLSA ESCROTAL;
08.119.03-1 – CORREÇÃO DE FIMOSE;

08.119.05-8 – DRENAGEM DE ABCESSO DE EPIDÍDIMO.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.121.01-0 – BIÓPSIA DE PARATIREÓIDE I;
08.121.02-8 – BIÓPSIA DE TIREÓIDE;
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS EM VIAS AÉREAS SUPERIORES I, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.131.01-5 – BIÓPSIA DE HIPOFARINGE;
08.131.02-3 – BIÓPSIA DE OROFARINGE;
08.131.04-0 – BIÓPSIA DE SEIOS PARANASAIS;
08.131.06-6 – DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS OU CIRURGIAS EM APARELHO VISUAL I, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS:
08.141.08-8 – DRENAGEM DE ABSCESSO PALPEBRAL;
08.141.09-6 – EPILAÇÃO DE CÍLIOS;
08.141.10-0 – EXERESE DE CALÁSIO;
08.141.11-8 – INJEÇÃO RETROBULBAR OU PERIBULBAR;
08.141.12-6 – OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL;
08.141.13-4 – RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA;
08.141.14-2 – SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS;
08.141.15-0 – TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO 14 – EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS.
-TODOS OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO 31 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.
- TODOS OS PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE EM ANGIOLOGIA I (GRUPO 17, SUBGRUPO 02).
- TODOS OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO 35 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.

4.2.21 Anestesia Geral em Tratamento Odontológico e em Cirurgia Odontológica e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial em Deficiente Físico/Mental e em Criança

a) Código 22.012.01-0

- A indicação dos procedimentos será permitida em concomitância com todos os procedimentos odontológicos e em radiologia odontológica.

4.2.22 Órtese e Prótese (Grupo 21)

Verificar:

- se está sendo cumprida a Portaria MS/SAS n.º 146, de 14/10/93.

4.2.23 Neurorradiologia – Radiologia Intervencionista e Angiografia

- Esses procedimentos são pagos por Apac (Portarias MS/SAS n.º 210/04, MS/SAS n.º 217/04 e MS/SAS n.º 494/04).
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.
- Na Apac Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento.
- No valor do procedimento estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados.
- Analisar o custo benefício desses exames, verificando os resultados dos exames, levantando índice de resultados negativos e, por amostragem, constatar a sua realização junto aos pacientes.
- Deverão ser mantidos arquivados, para fins de auditoria:
 - Demonstrativo de Apac Magnético;

- Apac Formulário;
- Resultado dos Exames;
- Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.24 Patologia Clínica (Dosagem de Ciclosporina), Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada (Apac), Hemodinâmica

- Esses procedimentos são pagos por Apac (Portaria MS/SAS n.º 433, de 14/11/00).
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.
- Na Apac Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento.
- No valor do procedimento estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados.
- Analisar o custo benefício desses exames, verificando os resultados dos exames, levantando índice de resultados negativos e, por amostragem, constatar a sua realização junto aos pacientes.
- Deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Apac Formulário;
 - Resultado dos exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.25 Acompanhamento dos Pacientes com Queimaduras

Verificar:

- se esses procedimentos são pagos por Apac conforme Portaria MS/GM n.º 1.274, de 22/11/00;

- a Apac será emitida somente para os seguintes procedimentos (principal):
 - 38-051-01-0: Acompanhamento do médio e grande queimado realizado em ambulatório de centro de referência em assistência a queimados de alta complexidade;
 - 38-051-02-8: Acompanhamento do médio e grande queimado realizado em ambulatório de centro de referência em assistência a queimados de alta complexidade intermediário;
 - 38-053-03-6: Acompanhamento do médio e grande queimado realizado em ambulatório de hospital geral;
- os procedimentos considerados secundários não necessitam de emissão de Apac I Formulário, que são os curativos e as malhas compressivas;
- o valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários;
- somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores;
- o controle de frequência individual deverá ser encaminhado, no final de cada mês, pela Unidade Prestadora de Serviço (UPS) ao setor da secretaria responsável pela revisão técnica e será preenchido em uma via;
- as UPS deverão manter arquivadas, para fins de auditoria:
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Apac Formulário;
 - Resultado dos exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.26 Odontologia Especializada (Ortodontia, Implantodontia, Prótese e Cirurgia)

- Esses procedimentos são pagos por Apac (Portaria MS/SAS n.º 431, de 14/11/00, e Portaria/MS/GM 1.572, de 29/7/2004).
- O controle de frequência individual deverá ser preenchido em uma via e encaminhado pela UPS ao órgão de Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica, ao final de cada mês.
- Somente os profissionais odontólogos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser Autorizadores.
- Poderá ser emitida mais de uma Apac I Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, nas situações estabelecidas pela Portaria MS/SAS n.º 431/00.
- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à sua realização.
- As Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Apac Formulário;
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Resultados dos Exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.27 Deficiência Auditiva

- Esses procedimentos são pagos por Apac de conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS n.º 589/04.
- O Regulamento Técnico para organização, implantação e credenciamento das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, estão contidos nas Portarias MS/GM n.º 2.073, de 28/9/04 e MS/SAS n.º 587, de 7/10/04.

- Somente os profissionais fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser Autorizadores.
- O controle de Frequência Individual será emitido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviços ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica, no final de cada mês.
- Só deverá ser autorizado Apac I Formulário para os procedimentos considerados principais, conforme constam na Portaria MS/SAS n.º 589/04.
- Os Procedimentos considerados secundários não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas, quando lançados na Apac II Magnético ou em BPA quando realizados pelos serviços de audiologia/otologia (001/000).
- Nos valores dos procedimentos estão incluídos todos os atos atividades, e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.
- Deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Apac Formulário;
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Resultados dos Exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.28 Acompanhamento Pós-Transplante

Córnea (código 38.011.01.8)

- Esse procedimento será pago por Apac (Portaria MS/SAS n.º 435, de 14/11/00).
- Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

- A cobrança desse procedimento será efetuada mensalmente, durante seis meses/ano, ou seja, deverão ser autorizadas apenas duas Apac I Formulário por ano.
- Será obrigatório o n.º do CPF/CIC para identificar o paciente no Laudo Médico para Emissão de Apac e na Apac Formulário.

Rim, Fígado, Pulmão, Coração, Medula Óssea e Pâncreas (código 38.011.02.6)

- Esses procedimentos serão pagos pela Apac (Portaria MS/SAS n.º 436, de 14/11/00).
- O controle de frequência individual será preenchido em uma via e encaminhado ao órgão responsável da Secretaria de Saúde pela revisão técnica, no final de cada mês.
- Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.
- Será obrigatório o n.º do CPF/CIC/CNS para identificar os pacientes nos documentos Apac I Formulário, Apac II Magnético, Laudo Médico para Emissão de Apac e no Controle de Frequência Individual.
- A Apac Formulário será emitida somente para o procedimento 38.011.02.6 (procedimento principal). Os procedimentos secundários não necessitam da emissão de Apac I Formulário, os mesmos serão cobrados na Apac II Magnético, observando-se o limite das quantidades máximas permitidas, conforme consta na Portaria MS/SAS n.º 436/00.
- A cobrança dessa Apac será mensal, nos primeiros 12 meses e bimestral a partir do 13.º mês, devendo ser lançado na Apac o quantitativo 00.
- No valor do procedimento estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

- Deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Apac I Formulário;
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Resultados dos Exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.29 Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos em Residência Terapêutica

- Esse procedimento será pago somente pela Apac, pelo código 38.041.01.4, conforme Portarias MS/GM n.º 1.220, de 7/11/00, e MS/SAS n.º 146/04.
- Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.
- As Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Apac I Formulário;
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Resultados dos Exames;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.30 Acompanhamento de Paciente Psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial

- Esses procedimentos somente serão pagos pela Apac, com exceção do procedimento 63.001.57.8, o qual será pago por AIH, conforme Portaria MS/SAS n.º 189, de 20/3/02.
- As Apac I Formulário terão validade de até três competências.
- Na Apac I Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento, exceção do procedimento 38.042.10.0 –

acompanhamento de pacientes no período das 18 às 21h, que poderá ser principal ou secundário.

- No valor dos procedimentos estão incluídas todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais voltados para a assistência em saúde mental, inclusive as desenvolvidas em oficinas terapêuticas.
- Esses procedimentos são considerados estratégicos do SUS e financiados com recurso do FAEC.
- A cobrança desse procedimento vigora a partir de setembro de 2002.

4.2.31 Exames HIV – Apac (Portaria MS/SAS n.º 143, de 2/5/01 e Portaria MS/SAS n.º 172, de 25/5/01)

- São cobrados pela Apac os procedimentos:
 - 11.073.03-9 – Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV;
 - 11.073.04-7 – Contagem de linfócitos T CD4+/CD8+.
- Permanece a utilização do número do CPF/CIC/CNS, para identificar os pacientes que necessitam desses procedimentos, não sendo obrigatório o seu registro, para os pacientes que até a data da realização do procedimento não possuam essa documentação, passando a ser identificados pelo nome.
- Essa Apac tem validade de até três competências.
- Na Apac I Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento.
- É permitida a emissão de mais de uma Apac I Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, para autorizar os dois procedimentos descritos anteriormente.

- É permitida a emissão de um mesmo laudo médico para justificar a solicitação dos procedimentos: 11.073.03-9 e 11.073.04-7.
- A cobrança dos procedimentos é efetuada por intermédio da Apac II Meio Magnético e deverá ocorrer somente no mês da realização do procedimento.
- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.
- Os reagentes serão adquiridos pelas Secretarias de Saúde por meio de recursos Faec, de conformidade com o artigo 14 da Portaria MS/SAS n.º 143/2001.
- Deverão estar arquivados Apac I Formulário; o Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético; o Laudo Médico para Emissão de Apac e os resultados dos exames, para fins de consulta da auditoria.

4.2.32 Litotripsia

- Esses procedimentos somente poderão ser cobrados por meio de Apac, conforme Portaria MS/SE/SAS n.º 47, de 13/8/01.
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.
- Será permitido, quando necessário, solicitar no mesmo laudo, o procedimento 20.011.01.6 – instalação endoscópica de cateter duplo J com um dos procedimentos de Leco (litotripsia extracorpórea);
- A Apac I Formulário terá validade de até três competências.
- O procedimento de código 21.054.34.7 – cateter duplo J é secundário. Não necessita de emissão de Apac I Formulário para sua realização.

- É permitida a emissão de mais de uma Apac I Formulário para um mesmo paciente, na mesma competência, de acordo com as combinações descritas no artigo 15 da Portaria MS/SE/SAS n.º 47, de 13/8/01.
- A cobrança dos procedimentos constantes na portaria acima citada será efetuada por meio de Apac II Magnética Única, ou seja, abrange o período entre a data de início e fim da Apac I Formulário e somente no mês da realização do procedimento.
- As UPS deverão manter arquivadas para fins de auditoria:
 - Apac I Formulário;
 - Demonstrativo de Apac Magnético;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac.

4.2.33 Reabilitação Física

- Esses procedimentos somente poderão ser cobrados pela Apac, conforme Portaria MS/SAS n.º 185, de 5/6/01, com exceção do procedimento 19.141.01.7, que será cobrado no SIA, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.
- Será obrigatório o uso do CPF/CNS para identificar os pacientes nos documentos/instrumentos:
 - Apac I Formulário;
 - Apac II Meio Magnético;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac;
 - Controle de Frequência Individual.
- Para dispensação ambulatorial de órtese/prótese e meio auxiliar de locomoção, as unidades deverão seguir as normas

constante da Portaria MS/SAS n.º 388/99, publicada no DOU 145, de 30/7/99.

- Somente poderão dispensar as órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme estabelecido no Anexo I da Portaria MS/SAS n.º 185/01, as Unidades Cadastradas no SIA como tipo de unidades policlínica, ambulatório de hospital geral e ambulatório de hospital especializado.
- Poderão ser emitidas até quatro Apac I Formulário distintas, para autorizar procedimentos de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, para o mesmo paciente, na mesma competência, desde que estejam justificadas as patologias e a gravidade da incapacidade.
- É permitida a emissão de um mesmo laudo médico para justificar a solicitação de mais de um procedimento de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção para a autorização de mais de uma Apac I Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, desde que sejam justificadas as patologias e a gravidade da incapacidade.
- A cobrança dos procedimentos 19.141.02.5 – 19.141.03.3 e 19.141.04.1 (procedimento principal) será efetuada mensalmente na Apac II Meio Magnético inicial e de continuidade.
- A cobrança dos procedimentos de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção relacionados no Anexo I da Portaria MS/SAS n.º 185/01 (procedimento principal) será efetuada somente na Apac II Meio Magnético Único.
- No valor desses procedimentos estão incluídos todos os materiais necessários à sua confecção, até a entrega dos mesmos.
- Os procedimentos 19.141.01.7, 19.141.02.5, 19.141.03.3 e 19.141.04.1 são financiados pelo FAEC como ações estratégicas.
- As UPS deverão manter arquivadas as:

- Apac I Formulário;
 - Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac;
 - Resultado dos Exames para fins de consulta da Auditoria.
- O Controle de Frequência Individual – documento destinado a comprovar por meio de assinatura do paciente ou seu responsável a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado pela UPS, no final de cada mês, ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica.

4.2.34 Acompanhamento em Serviço de Referência em Triagem Neonatal

- Os procedimentos: detecção molecular de mutação das hemoglobinopatias (11.211.04.0); detecção molecular para fibrose cística (11.211.05.9); acompanhamento em SRTN de pacientes com diagnóstico de fenilcetonúria (38.071.01.0); acompanhamento em SRTN de pacientes com diagnóstico de hipotireoidismo congênito (38.071.02.9); acompanhamento em SRTN de pacientes com diagnóstico de doenças falciformes e outras hemonoglobinopatias (38.071.03.7); e acompanhamento em SRTN de pacientes com diagnóstico de fibrose cística (38.071.04.5) somente serão pagos pela Apac conforme Portaria MS/SAS n.º 223, de 22/6/01.
- Os autorizadores deverão ser profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestador de serviço.
- Os procedimentos cobrados por Apac são considerados principais e a Apac terá validade de até três competências.
- Na Apac I Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento.
- Nos procedimentos de códigos 11.211.04.0, 11.211.05.9, 38.071.01.0, 38.071.02.9, 38.071.03.7 e 38.071.04.5, a cobrança será efetuada somente por meio de Apac II Magnética Única.

- As Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
 - Apac I Formulário;
 - Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético Único;
 - Laudo Médico para Emissão de Apac;
 - Controle de Freqüência Individual.

4.2.35 Terapia em Pneumologia

- Esses procedimentos somente poderão ser pagos pela Apac conforme Portaria MS/SAS n.º 364, de 5/9/01.
- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviço, poderão ser autorizadores.
- A Apac I Formulário será emitida para autorizar a realização dos procedimentos: 19.074.01.8 e 38.151.01.6.
- As Unidades Prestadoras de Serviços deverão manter arquivados Apac I Formulário, Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético e Laudo Médico para Emissão de Apac, para fins de consulta da auditoria.
- A Apac I Formulário terá validade de até três competências.
- Será obrigatório o cadastramento das empresas fornecedoras no SIA, para que as mesmas possam se habilitar à cessão de crédito.

4.2.36 Hepatite Viral Crônica

- Esses procedimentos são pagos pela Apac conforme Portarias MS/GM n.º 1.320, de 23/7/02, e MS/SAS n.º 03, de 9/1/04.
- O protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para hepatite C estão aprovados na forma do Anexo I da Portaria MS/SVS n.º 24, de 16/06/2005.

- Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviço, poderão ser autorizadores.
- A validade da Apac I Formulário emitida para os procedimentos 11.065.16.8 – genotipagem do HCV e 11.065.17.6 – HCV detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucleico é de três competências e a sua cobrança deverá ser efetuada por meio de Apac II Meio Magnético Único.
- A Apac II Meio Magnético Único abrange o período compreendido entre a data de início e fim da validade da Apac I Formulário e a cobrança do procedimento efetuada nesse período somente no mês da realização do procedimento.
- As Unidades Prestadoras de Serviço deverão manter arquivados: Apac I Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético correspondente e os resultados dos exames para fins de consulta da auditoria.

4.2.37 Terapia do Tabagismo

- Esses procedimentos são pagos pela Apac conforme Portaria MS/GM n.º 1.575, de 29/8/02.
- A Apac I Formulário terá validade de até três competências.
- Na Apac I Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento, porém, poderá ser emitida em uma mesma competência para o mesmo paciente mais de uma Apac I Formulário, de acordo com as situações descritas no artigo 16 da Portaria MS/GM n.º 1.575, de 29/8/02.
- As Unidades Prestadoras de Serviço deverão manter arquivados: Apac I Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético correspondente para fins de consulta da auditoria.

4.2.38 Acompanhamento Paciente Mental ou Autismo

- Esse procedimento (38.081.01.6) é pago pela Apac conforme Portaria MS/GM n.º 1.635, de 12/9/02.
- Os procedimentos: 07.021.04.6, 07.021.05.4, 07.021.06.2, 07.021.07.0, 18.011.01.2, 19.141.01.7, 19.151.03.9 e 19.151.04.7 quando realizados deverão ser cobrados pelo BPA.
- O valor do procedimento 38.081.01.6 inclui todas as atividades envolvidas pelos profissionais, voltadas para assistência às pessoas portadoras de deficiência mental ou autismo.
- A Apac I Formulário terá validade de até três competências.
- É de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto na Portaria MS/GM n.º 1.635, de 12/9/02.

4.2.39 Medicamentos Excepcionais

- Esses procedimentos são pagos pela Apac conforme Portarias MS/SAS n.º 409, de 5/8/99 e MS/GM n.º 1.318, de 23/7/02.
- Somente poderão fornecer medicamentos excepcionais os serviços de farmácia cadastrados em unidades públicas, designados pelos gestores estaduais e municipais, quando estes se responsabilizarem pela Assistência Farmacêutica.
- A emissão da Apac I Formulário deverá ser feita mediante avaliação da Solicitação de Medicamento Excepcional (SME), encaminhada pelo médico responsável pelo paciente, juntamente com a respectiva prescrição em duas vias.
- O formulário SME deve ser preenchido em três vias, sendo a primeira arquivada no Serviço de Farmácia, juntamente com a primeira via da prescrição médica o qual deverá encaminhar cópia ao Setor de Assistência Farmacêutica. A segun-

da via ficará arquivada no órgão autorizador e a terceira via anexada ao prontuário do paciente.

- Na Apac I Formulário poderá ser autorizado o fornecimento de um ou mais medicamentos excepcionais para uma ou mais de uma patologia.
- Somente poderão ser autorizados medicamentos para as patologias constantes no protocolo de cada estado da federação, o que deverá ser divulgado por meio da imprensa oficial.
- Os medicamentos Ciclosporina e Metilprednisolona são de fornecimento exclusivo para receptores de transplante.
- O medicamento Micofenolato Mofetil é de fornecimento exclusivo para paciente transplantado renal.
- Fica a critério do farmacêutico responsável o fornecimento de medicamento para mais de um mês de competência, porém, o registro da cobrança deve ser mensal.
- Quando o paciente não comparecer ao Serviço de Farmácia para receber o medicamento por um período superior a um mês de competência e não tenha ocorrido o fornecimento antecipado do medicamento pelo farmacêutico responsável, a Apac será encerrada com o código 5.5 – “Interrupção do Fornecimento por Abandono de Tratamento”, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança.
- É de responsabilidade dos órgãos responsáveis pela Assistência Farmacêutica manter os registros dos medicamentos fornecidos aos pacientes, com os seus quantitativos e dosagens, para o planejamento de novas aquisições, cobertura e custos da Assistência Farmacêutica.
- Os Serviços de Farmácia deverão manter arquivados os processos referentes ao fornecimento de medicação excepcional de cada paciente, juntamente com a primeira via da Apac I

5 Cálculo da Impugnação

Formulário autorizada e o Relatório Demonstrativo de Apac II Meio Magnético correspondente para fins de consulta da auditoria.

5.1 No Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

Documentos e papéis de trabalho, necessários para cálculo da impugnação:

- Tabela de Procedimentos do mês de competência do processamento analisado;
- Relação de Órtese/Prótese e Materiais Especiais;
- Relatório Demonstrativo de AIH Pagas do mês de competência do processamento analisado;
- Espelho da AIH Definitivo – Portaria MS/SAS n.º 304/01;
- Demonstrativo das Distorções Encontradas na AIH x Prontuário.

5.1.1 Glosa nas AIH de Cirurgia e Clínica Médica

a) **Glosa Total:** verifica-se o valor do Serviço Hospitalar, acrescenta-se a este o valor do SP, mais o valor do SADT e/ou mais o valor de sangue e/ou mais o valor de OPM, encontrando-se assim o VTR (Valor Total a Recolher).

$$\text{VTR} = \text{SH} + \text{SP} + \text{SADT} + \text{SANGUE} + \text{OPM}$$

Exemplo 1: foi sugerido glosa total de uma cesariana (35.009.01.2). Deverá ser verificado no Demonstrativo de AIH Pagas o total pago ao hospital, ou seja: SH + SP + SADT + (Sangue + OPM se houve uso). A esse total acrescenta-se o valor dos honorários correspondentes à assistência ao RN na sala de parto, pelo pediatra, anestesia e primeira consulta do pediatra.

Assim:

Valor Recebido = 312,42 (SH) + 122,57 (SP) + 7,43 (SADT) + 23,00 (RN) + 43,70 (Anest) + 7,50 (Ped) = R\$ 516,62

Valor Total a Recolher = R\$ 516,62

Observação: se o hospital for referência do Programa de Humanização ao Parto e lançar na AIH o código 95.002.01.4, deverá ser recolhido mais R\$ 40,00 correspondentes ao incentivo.

É importante frisar que os valores glosados são calculados com base na Tabela de Procedimentos vigente no mês(es) da(s) competência(s) do(s) processamento(s).

Exemplo 2: foi sugerido glosa total de uma pneumonia em criança (76.300.07). 2). Deverá ser verificado no Demonstrativo de AIH Pagas ou na Relação de AIH Pagas (Rd) o total pago ao hospital, ou seja: SH + SP + SADT (+ Sangue + OPM se houve uso) = Valor Total a Recolher (VTR).

Assim:

Valor Recebido = 247,02 (SH) + 48,35 (SP) + 24,37 (SADT) = R\$ 319,74

No caso da ausência do Demonstrativo de AIH Pagas deve-se usar a Tabela de Procedimentos para o cálculo:

- 1.º Verificar o valor total (SH + SP + SADT) do procedimento glosado;
- 2.º Verificar na AIH Simulada se houve lançamento no campo procedimentos especiais, hemoterapia e/ou OPM. Em caso afirmativo adicionar o valor correspondente ao total do procedimento glosado.

b) Glosa Parcial (mudança de procedimento): verifica-se o Valor Total do Procedimento Pago (VTProc.1), subtrai-se pelo Valor Total do Procedimento Sugerido (VTProc.2) e encontra-se o VTR (Valor Total a Recolher).

$$\text{VTR} = \text{VTProc. 1} - \text{VTProc. 2}$$

Exemplo 1: foi sugerido mudança de procedimento de laparotomia exploradora (33.016.11.9) para apendicectomia (33.005.06.0). verificar na tabela de procedimentos o valor total de laparotomia exploradora e diminuir do total correspondente a apendicectomia.

Assim:

$$\text{Proced. (1): } 350,96(\text{SH}) + 115,69 (\text{SP}) + 25,70 (\text{SADT}) = \text{R\$ } 492,35$$

$$\text{Proced. (2): } 191,86(\text{SH}) + 133,08(\text{SP}) + 8,60(\text{SADT}) = \text{R\$ } 333,54$$

$$\text{Valor Total a Recolher} = 492,35 - 333,54 = \text{R\$ } 158,81$$

Exemplo 2: foi sugerida mudança de procedimento de pneumonia em criança (76.300.07.2) para primeiro atendimento em pediatria (71.300.00.7). Verificar na Tabela de Procedimentos o valor total de pneumonia em criança e diminuir do total correspondente a primeiro atendimento em pediatria.

Assim:

$$\text{Proced.(1): } 247,02 (\text{SH}) + 48,35 (\text{SP}) + 24,37 (\text{SADT}) = \text{R\$ } 319,74$$

$$\text{Proced.(2): } 22,45 (\text{SH}) + 9,91 (\text{SP}) + 8,02 (\text{SADT}) = \text{R\$ } 40,38$$

$$\text{Valor Total a Recolher} = 399,74 - 40,38 = \text{R\$ } 279,36$$

5.1.2 Glosa em AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da Aids e Procedimentos Seqüenciais de Neurocirurgias

Esses procedimentos são especiais e deve ser observado o seguinte:

a) Cirurgia Múltipla (31.000.00.2 e 33.000.00.0)

O Hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 75% da linha 2, 75% da linha 3, 60% da linha 4 e 50% da linha 5.

b) Politraumatizado (39.000.00.1) – Procedimento Seqüencial em Neurocirurgia (40.290.00.0) – Cirurgias Corretivas Seqüenciais Pós-Gastroplastias (38.000.00.8) – Procedimento Seqüencial da Coluna em Ortopedia (39.000.01.0)

O Hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 100% da linha 2, 75% da linha 3, 75% da linha 4 e 50% da linha 5.

c) Tratamento da Aids (70.000.00.0)

O Hospital recebe 100% do procedimento lançado na linha 1 do campo procedimentos especiais, 100% da linha 2, 75% da linha 3 e 75% da linha 4.

Esses percentuais incidem somente na coluna Serviços Hospitalares; as demais colunas (SP e SADT) recebem 100% de todos os procedimentos lançados nas respectivas linhas.

Verifica-se, na Tabela de Procedimento, o valor do Serviço Hospitalar do procedimento glosado. Sobre este calcula-se o percentual que lhe foi atribuído (de acordo com a linha em que o mesmo foi lançado), encontra-se o VRSH (Valor a Recolher do Serviço Hospitalar). Acrescenta-se a este o valor do SP mais o valor do SADT, encontrando-se assim, o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VTR} = \text{VRSH}(\% \text{ do SH}) + \text{SP} + \text{SADT}$$

Exemplo: AIH de politraumatizado em que foram cobrados três procedimentos e sugerido glosa ao procedimento constante na linha 3:

$$\text{Valor Recebido} = (75\% \text{ de } 107,06[\text{SH}]) + 89,94 (\text{SP}) + 4,02 (\text{SADT})$$

$$\text{Valor Recebido} = 80,29 + 89,44 + 4,02 = \text{R\$ } 174,25$$

Valor Total a Recolher = R\$ 174,25

5.1.3 Glosa de Diária de UTI TIPO I

Até o 3.º dia a glosa deverá ser efetuada com base no 1.º valor (vide Anexo II Tabela de Procedimentos).

Após o 3.º dia a glosa deverá ser efetuada com base no 2.º valor (vide Anexo II Tabela de Procedimentos).

O valor referente ao SP é computado na coluna SH e o valor do SADT em coluna própria (Coluna SADT) e entra para cálculo do rateio.

Exemplo: foram cobradas quatro diárias de UTI. A auditoria constatou que o paciente permaneceu na unidade apenas dois dias. Foi sugerida a glosa das duas últimas diárias.

Glosar uma diária com base no 1.º valor e uma diária com base no 2.º valor.

Valor Recebido = (SH + SP + SADT [1.º valor]) + (SH + SP + SADT [2.º valor])

Valor Recebido = (137,00 X 3) + 70,04 = R\$ 481,04

Valor Devido = 137,00 X 2 = R\$ 274,00

Valor Total a Recolher = R\$ 207,04

5.1.4 Glosa de Diária de UTI TIPO II e TIPO III

A única diferença em relação à descrita anteriormente é com relação ao valor que é sempre o mesmo, não diminui após o terceiro dia. Portanto, deverá ser glosado o valor constante da Tabela x o número de diárias glosadas.

a) Procedimentos de Alto Custo

Os procedimentos e componentes especiais são cobrados nos Campos Procedimentos Especiais e Atos Médicos e são pagos no componente Serviço Hospitalares e Serviços Profissionais. Todos os proce-

dimentos e componentes especiais encontram-se no Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: foram cobradas duas tomografias computadorizadas (TC) de crânio e coluna (97.013.02.1). A auditoria constatou a comprovação de apenas um exame. Foi sugerido o pagamento de apenas uma TC (97.013.01.3).

$$\text{Valor Recebido} = (86,75 \times 2) = \text{R\$ } 173,50$$

$$\text{Valor Devido} = \text{R\$ } 86,75$$

$$\text{Valor Total a Recolher} = \text{R\$ } 86,75$$

b) Hemoterapia

O valor da hemoterapia encontra-se no Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: foram cobrados na AIH dois frascos de sangue total (94.007.01.2) + dois frascos de plasma individual (94.005.01.0) e quatro vezes o módulo transfusional (94.020.01.9). A auditoria constatou a prescrição de apenas dois frascos de sangue total. Foi sugerida a glosa de dois frascos de plasma individual.

$$\text{Valor Recebido} = (17,04 \times 2 [\text{sangue}]) + (17,04 \times 2 [\text{plasma}]) + (8,39 \times 4 [\text{transf.}])$$

$$\text{Valor Recebido} = 34,08 + 34,08 + 33,56 = \text{R\$ } 101,72$$

$$\text{Valor Devido} = (17,74 \times 2) + (8,39 \times 2) = 34,08 + 16,78 = \text{R\$ } 50,86$$

$$\text{Valor Total a Recolher} = \text{R\$ } 50,86$$

c) Órtese e Prótese e Materiais Especiais

O valor de cada material encontra-se na Tabela de Órtese e Prótese e Materiais Especiais, divulgada pelo Ministério da Saúde.

Exemplo: na AIH foram cobrados dez parafusos corticais de 4,5 mm (93.398.30.1) e uma placa para calcâneo (93.395.58.2). A auditoria sugeriu a glosa de dois parafusos corticais.

Valor Recebido = $(14,00 \times 10) + 270,00 = \text{R\$ } 410,00$

Valor Devido = $14,00 \times 8 + 270,00 = \text{R\$ } 382,00$

Valor Total a Recolher = R\$ 28,00

Glosa em AIH de psiquiatria, pacientes sob cuidados prolongados, hospital-dia (aids, psiquiatria e fibrose cística), reabilitação, intercorrência pós-transplante, internação domiciliar, tuberculose, lesões extensas, hanseníase, lesões extensas, internação para radioterapia, geriatria hospital-dia e intercorrência paciente renal crônico.

As internações desses grupos são pagas por dia (diária) e não por procedimento, portanto, o cálculo do VTR (Valor Total a ser Recolhido) não segue os mesmos critérios das demais AIH, que são pagas de forma global.

Deverá ser observado o total de diárias que foram pagas, para depois calcular o valor a ser recolhido.

Na Tabela de Procedimentos consta como permanência um dia, portanto, os valores constantes nas colunas SH, SP e SADT equivalem a um dia de internação.

d) Exemplo de Glosa Total

VTR = n.º de diária (cobradas) x Valor da diária

1 diária = SH + SP + SADT

1 diária = 19,36 (SH) + 1,39 (SP) + 2,33 (SADT)

1 diária = R\$ 23,08

Assim, foi cobrada uma AIH com o procedimento internação para radioterapia (85.300.82.9), cujo tempo de permanência foi de dez dias. Na auditoria foi constatada ausência de Prontuário Médico, o que motivou a glosa total da AIH.

Valor Recebido = $10 \times 23,08 = \text{R\$ } 230,80$

Valor Total a Recolher = R\$ 230,80

e) Exemplos de Glosa Parcial

Foi cobrada uma AIH com procedimento paciente sob cuidados prolongados em cardiovascular (85.300.71.3) com período de internação de 20 dias. Na auditoria foi constatado que o paciente permaneceu internado apenas dez dias.

VTR = Valor recebido - Valor devido

Valor Recebido = 51,48(SH)+4,63(SP)+5,80(SADT) = R\$ 61,91 X 20 = R\$ 1.238,20

Valor devido = 61,91 X 10 = R\$ 619,10

Valor Total a Recolher = R\$ 619,10

5.1.5 Glosa em Transplante e Retransplante

Deverá ser observado, antes do cálculo, que nesses procedimentos o alto custo já está incluído no valor pago, inclusive a hemoterapia e OPM, exceto no caso de transplante renal, em que o alto custo é pago separado.

Os critérios para cálculo da impugnação são os mesmos das outras AIH.

O valor constante na Tabela de Procedimentos é o mesmo encontrado no Relatório Demonstrativo de AIH Pagas ou na Relação de AIH Pagas (RD).

5.1.6 Glosa da Diária de Acompanhante

A diária de acompanhante incide no componente SH e o valor de uma diária consta do Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: o hospital cobrou dez diárias de acompanhante para paciente idoso, com pernoite. A auditoria constatou a ausência da solicitação e autorização das diárias. Sugeriu glosa das dez diárias.

VTR = Valor da diária X 10

Valor Recebido = 6,00 X 10 = R\$ 60,00

Valor Total a Recolher = R\$ 60,00

5.1.7 Glosa da Diária de Recém-Nato

O valor da diária de recém-nato incide nos componentes SH e SP. O valor consta do Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: o hospital cobrou quatro diárias de RN. A auditoria sugeriu a glosa de três diárias.

VTR = VR (valor recebido) - VD (valor devido)

Valor Recebido = $11,62 \times 4 = \text{R\$ } 46,48$

Valor Devido = $46,48 - 34,86 = \text{R\$ } 11,62$

Valor Total a Recolher = R\$ 34,86

5.1.8 Glosa da Diária de Permanência a Maior

O valor de uma diária incide nos componentes SH, SP e SADT. O valor de uma diária de permanência a maior consta do Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: o hospital cobrou duas diárias de permanência a maior. A auditoria glosou as duas diárias.

VTR = VR (valor recebido) - VD (valor devido)

Valor da diária = $\text{R\$ } 13,28$

Valor Recebido = $13,28 \times 2 = \text{R\$ } 26,56$

Valor Devido = $26,56 - 26,56 = 0,00$

Valor Total a Recolher = R\$ 26,56

5.1.9 Glosa Contra Hospital Referência Estadual em Urgência/ Emergência Tipo I, II ou III

O critério é o mesmo dos hospitais sem incentivo, porém, quando for lançado na AIH no campo "Caráter da Internação" os códigos 2.0, 2.1, 2.6, 2.7, 2.8 ou 2.9, o sistema irá acrescentar o percentual que o hospital tem direito (Tipo I = 20%, Tipo II = 35% e Tipo III = 50%), que incide nos componentes SH, SP e SADT. Portanto, a glosa deverá ser calculada em cima do que o hospital recebeu (valor da tabela + o valor do incentivo).

5.2 No Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)

Documentos necessários para cálculo da impugnação:

- Tabela Simplificada do SIA;
- Relatório Síntese de Produção;
- Relatório Síntese da Produção de Apac;
- Demonstrativo das Distorções Encontradas no SIA.

Exemplo 1: foram cobrados 400 procedimentos – atendimento clínico com observação (07.011.01.6). A auditoria constatou a realização de 200 procedimentos.

Valor Recebido = R\$ 12,47 X 400 = R\$ 4.988,00

Valor Devido = R\$ 12,47 X 200 = R\$ 2.494,00

Valor Total a Recolher = R\$ 4.988,00 - R\$ 2.494,00 = R\$ 2.494,00

Exemplo 2: em uma Unidade Prestadora de Serviços foi observado o registro do procedimento 03.022.06.4 – raspagem, alisamento e polimento por hemiarçada, sendo cobrado por unidade dentária, para 35 pacientes adultos. Foram cobrados 1.120 procedimentos.

Valor Recebido = R\$ 1,24 X (35 x 32=1.120) = R\$ 1.388,80

Valor Devido = R\$ 1,24 X (35 X 4)= R\$ 173,60

Valor Total a Recolher = R\$ 1.388,80 - R\$ 173,60 = R\$ 1.215,20

Exemplo 3: foi constatada a cobrança de 330 procedimentos 13.031.02.3 – radiologia da articulação escápulo-umeral, em concomitância com o procedimento 09.021.07.8 – tratamento de fratura de luxação escápulo-umeral com aparelho gessado tóraco-braquial.

Valor Recebido = (R\$ 7,40 X 330) + (R\$ 37,36 X 330) = R\$ 14.770,00

Valor Devido = (R\$ 37,36 x 330) = R\$ 12.328,80

Valor Total a Recolher = 14.770,00 - 12.328,80 = R\$ 2.442,00

Exemplo 4: foram cobradas 13 sessões de hemodiálise 2 (código 27.031.18.7). A auditoria constatou a realização de apenas 11 sessões.

Valor Recebido = (R\$ 113,49 X 13) = R\$ 1.475,37

Valor Devido = (R\$ 113,49 X 11) = R\$ 1.248,39

Valor Total a Recolher = 1.475,37 - 1.248,39 = R\$ 226,98

6 Observações Importantes

a) Cobranças

A utilização da AIH assegura a gratuidade total e deverá ser sugerida glosa total nas internações em que se observe qualquer tipo de complementação por parte do paciente e/ou planos de saúde.

b) Hospitais Filantrópicos

A caracterização de um hospital como filantrópico concede-lhe determinadas isenções tributárias o que, em suma, significa maior aporte financeiro àquela instituição por parte dos cofres públicos.

c) Prontuários

Todo prontuário médico deverá ser arquivado no mínimo por 20 anos e, nos casos de hospitais maternidade, os prontuários de parto deverão ser arquivados por 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Decorrido esses prazos, os originais podem ser substituídos por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas – Resolução do CFM n.º 1.639, de 10/7/02.

d) Em relação à responsabilização dos gestores:

d.1 – A direção do hospital responderá civil e criminalmente pelas informações contidas nos meios magnéticos que pos-

sam gerar pagamentos indevidos, além das penalidades administrativas previstas para o hospital, cabendo ao gestor do SUS adotar as medidas para o cumprimento deste item (art. 5.º da PT MS/SAS n.º 134, de 22/8/94).

d.2 – A Portaria MS/SAS n.º 54, de 20/3/96, em seu item 7.º estabelece:

O órgão emissor de AIH e os médicos autorizadores de sua emissão, bem como o gestor, respondem legal e administrativamente, pela veracidade das informações contidas no quadro I da AIH (Órgão Emissor). (BRASIL, 1996, item 7.º).

d.3 – A PT MS/SAS n.º 134/94, de 22/8/94; o artigo 37, parágrafo 6.º da Constituição de 1988; a Resolução CFM n.º 1.342, de 8/3/91, e Cláusula Contratual do Contrato assinado entre o gestor e o prestador de serviço também dispõe sobre as responsabilidades a serem cobradas dos gestores.

d.4 – O parágrafo 6.º do art. 37 da Constituição da República diz:

As pessoas jurídicas de direito privado, prestadores de serviços públicos, responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (BRASIL, 1988, art. 37, parágrafo 6.º).

Legislação Aplicável

A ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO NORMATIVA REALIZADA PARA PUBLICAÇÃO DESSE MANUAL DATA DE JUNHO DE 2005. OBSERVE-SE QUE ALGUMAS DAS PORTARIAS OU INSTRUÇÕES MENCIONADAS PODERÃO TER SIDO ALTERADAS PELA SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. QUALQUER DÚVIDA SOBRE ESSA ATUALIZAÇÃO PODERÁ SER ESCLARECIDA NA NOSSA PÁGINA NA INTERNET: <http://sna.saúde.gov.br>, NO *LINK* LEGISLAÇÃO.

LEI N.º 8.856, DE 1.º DE MARÇO DE 1994. Publicada no DOU de 2/3/94, fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeutas e terapeuta ocupacional.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.342, DE 8 DE MARÇO DE 1991. Dispõe das atribuições do diretor técnico e do diretor clínico. Fica revogado pela Resolução CFM n.º 1.352/92 o *caput* do artigo 5.º desta Resolução, mantendo-se o parágrafo único (DOU, Seção I, de 16/4/91, p. 7.014).

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.614, DE 8 DE FEVEREIRO DE 2001. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Revoga-se a Resolução CFM n.º 1.466/96.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.

RESOLUÇÃO CFM N.º 1.639, DE 10 DE JULHO DE 2002. Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Revoga-se a Resolução CFM n.º 1.331/89.

RESOLUÇÃO COFEN N.º 159, DE 19 DE ABRIL DE 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem.

RESOLUÇÃO RDC ANVISA N.º 153, DE 14 DE JUNHO DE 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.

RESOLUÇÃO RDC ANVISA N.º 154, DE 14 DE JUNHO DE 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise.

PORTARIA MS/SAS N.º 146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993. Estabelece diretrizes gerais para a concessão de próteses e órteses pela assistência ambulatorial.

PORTARIA MS/GM N.º 1.376, DE 2 DE DEZEMBRO DE 1993. Normatiza técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue e derivados, modificando a PT MS/SAS n.º 21, de 9/8/89.

PORTARIA MS/SAS N.º 096, DE 14 DE JUNHO DE 1994. Dispõe sobre material da sala de parto e dá outras providências.

PORTARIA MS/SAS N.º 134, DE 22 DE AGOSTO DE 1994. Altera a sistemática de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em meio magnético para os hospitais integrantes do SUS.

PORTARIA MS/SAS N.º 156, DE 14 DE SETEMBRO DE 1994. Aprova a Tabela Descritiva dos Procedimentos Ambulatoriais.

PORTARIA MS/SAS N.º 33, DE 4 DE MAIO DE 1995. DOU n.º 85, de 5/5/95. Determina que os gestores do SUS (estadual ou municipal) forneçam aos prestadores segunda via da FCA e FPO e Relatório da

Situação Cadastral após a inclusão da UPS no SIA/SUS. Relatório Síntese da Produção Ambulatorial e Demonstrativo de Pagamento (contracheque) após cada processamento.

PORTARIA MS/SAS N.º 92, DE 22 DE AGOSTO DE 1995. Torna obrigatória a emissão do relatório “Autorização e Internação Hospitalar (Dados do Prontuário para Cobrança)” emitido pelo SISAIH01, versão 8.2 ou posteriores.

PORTARIA MS/GM N.º 1.692, DE 14 DE SETEMBRO DE 1995. Institui o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E).

PORTARIA MS/SAS N.º 54, DE 20 DE MARÇO DE 1996. Recomenda que a utilização do PGFAIH seja destinada, exclusivamente, para o bloqueio de AIHs que apresentem indicativos de algum desvio relativo ao valor médio, utilização de procedimento ou procedimentos especiais não compatíveis ou não previamente autorizados.

PORTARIA MS/SAS N.º 207, DE 6 DE NOVEMBRO DE 1996. Inclui na Tabela do SIH/SUS Grupo de Procedimentos e Medicamentos, para Atendimento aos Pacientes Renais Crônicos e exclui alguns procedimentos do Grupo 31.101.12.7.

PORTARIA MS/SAS N.º 10, DE 20 DE JANEIRO DE 1997. Altera redação dos Procedimentos 054-0 e 080-9 do SIA/SUS.

PORTARIA MS/GM N.º 3.535, DE 2 DE SETEMBRO DE 1998. Estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Revoga a PT MS/SAS n.º 170, de 17/12/93 – DOU n.º 241, de 20/12/93. *Republicada no DOU n.º 196-E, de 14/10/98, por ter saído com incorreção no original.

PORTARIA MS/SAS N.º 113, DE 5 DE SETEMBRO DE 1999. Estabelece que a abertura de qualquer Serviço de Radioterapia e/ou Quimioterapia, isolado, deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em nível local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem o qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

PORTARIA MS/GM N.º 479, DE 16 DE ABRIL DE 1999. Cria mecanismo para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e dá outras providências. Revoga a PT MS/GM n.º 2.925, de 9/6/98 – DOU n.º 111, de 15/6/98.

PORTARIA MS/SAS N.º 140, DE 20 DE ABRIL DE 1999. Estabelece a manutenção dos formulários/instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e fornecimento de medicamentos excepcionais a pacientes em TRS.

PORTARIA MS/SAS N.º 296, DE 15 DE JULHO DE 1999. Mantém os formulários, instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e de radioterapia.

PORTARIA MS/SAS N.º 388, DE 28 DE JULHO DE 1999. Publicada no DOU n.º 145, de 30/7/99. Estabelece que a empresa de Ortopedia Técnica, fornecedora de Órtese e Prótese Ambulatorial, deverá, mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido.

PORTARIA MS/SAS N.º 409, DE 5 DE AGOSTO DE 1999. Implanta a sistemática de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac), para o fornecimento de todos os medicamentos excepcionais constantes da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS. Revoga a PT MS/SAS n.º 138, de 20/4/99, publicada no DOU n.º 76, de 23/4/99. Republicada no DOU n.º 175-E, de 13/9/99 por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/GM N.º 1.230, DE 14 DE OUTUBRO DE 1999. Implanta no SIA/SUS, a Tabela de Procedimentos com estrutura de codificação de oito dígitos, constantes do Anexo desta Portaria.

*Republicada no DOU n.º 216-E, de 11/11/99, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SE/SAS N.º 06, DE 27 DE MARÇO DE 2000. Define os procedimentos a serem realizados na Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata.

PORTARIA MS/SE/SAS N.º 07, DE 6 DE ABRIL DE 2000. Estabelece o procedimento para proceder à Campanha Nacional de Redução à Cegueira decorrente da Retinopatia Diabética.

PORTARIA MS/GM N.º 396, DE 12 DE ABRIL DE 2000. Aprova os Manuais do SIA e SIH/SUS.

PORTARIA MS/GM N.º 570, DE 1.º DE JUNHO DE 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA MS/GM N.º 1.220, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2000. Inclui na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidador em Saúde. *Republicada no DOU n.º 218-E, de 13/11/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 431, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) os procedimentos abaixo relacionados. *Republicada no DOU n.º 250-E, de 29/12/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 432, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa portaria. *Republicada no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 433, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac – SIA), os procedimentos discriminados nesta portaria. *Republicada no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreções do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 434, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) os procedimentos abaixo relacionados. *Republicada no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 435, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa portaria. *Republicada no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PORTARIA MS/SAS N.º 436, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa portaria. *Republicada no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/GM N.º 1.274, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2000. Exclui, a partir de 1.º/3/01, da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS os grupos de procedimentos e procedimentos existentes nessa portaria. *Republicada no DOU n.º 250-E, de 29/12/00, por ter saído com incorreção do original. *Republicada no DOU n.º 40-E, de 26/2/01, por ter saído com incorreção do original. *Republicada no DOU n.º 157-E, de 16/8/01, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/GM N.º 1.311, DE 29 DE NOVEMBRO DE 2000. Inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) o procedimento abaixo. A cobrança do procedimento de que trata este artigo será efetuada exclusivamente por Ambulatórios de Hospitais Universitários. *Republicada no DOU n.º 59-E, de 26/3/01, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 460, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2000. Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac –SIA) os procedimentos discriminados nesta portaria. *Republicado no DOU n.º 249-E, de 28/12/00, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 143, DE 2 DE MAIO DE 2001. Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac –SIA) os procedimentos: 11.073.03-9. Qualificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV. 11.73.04-7 – Contagem de Linfócitos TCD4+/CD8+ *Republicado no DOU n.º 153-E, de 10/8/01, por ter saído com incorreção no original.

PORTARIA MS/SAS N.º 172, DE 25 DE MAIO DE 2001. Aprova as Normas para Cadastramento de Laboratórios de contagem de linfócitos TCD4+/CD8+ e Laboratórios de quantificação de ácido nucleico – carga viral do HIV, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA MS/SAS N.º 185, DE 5 DE JUNHO DE 2001. Altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

PORTARIA MS/SPS/SAS N.º 029, DE 22 DE JUNHO DE 2001. Estabelece as normas para o processo de credenciamento e de descredenciamento dos Hospitais “Amigo da Criança” no País, constantes do Anexo desta Portaria e que dela é parte integrante.

PORTARIA MS/SAS N.º 223, DE 22 DE JUNHO DE 2001. Inclui códigos de procedimentos nas Tabelas de Serviço e Classificação de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

PORTARIA MS/SAS N.º 304, DE 10 DE AGOSTO DE 2001. Estabelece a inclusão de módulo de Segurança no Programa SISAIH01, permitindo a emissão diferenciada de Relatórios de Dados do Prontuário para Cobrança – Módulo Faturamento – Espelho da AIH.

PORTARIA MS/SE/SAS N.º 47, DE 13 DE AGOSTO DE 2001. Estabelece os critérios técnicos para a indicação da Litotripsia Extracorpórea no SIH/SUS e SIA/SUS, de acordo com a orientação do Departamento de Endourologia da Sociedade Brasileira de Urologia.

PORTARIA MS/SE/SAS N.º 55, DE 29 DE AGOSTO DE 2001. Exclui e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS. *Republicada no DOU n.º 171-E, de 5/9/01, por ter saído com incorreção do original.

PORTARIA MS/SAS N.º 364, DE 5 DE SETEMBRO DE 2001. Inclui o serviço e a classificação nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

PORTARIA MS/SAS N.º 189, DE 20 MARÇO DE 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS o grupo de procedimento.

PORTARIA MS/SAS N.º 738, DE 12 DE ABRIL DE 2002.

PORTARIA MS/SAS N.º 338, DE 8 DE MAIO DE 2002. Exclui procedimento da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

PORTARIA MS/SAS N.º 337, DE 13 DE MAIO DE 2002. Inclui na Tabela de Classificação do Serviço 26 – Serviço de Transplante constante do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

PORTARIA MS/GM N.º 1.101, DE 12 DE JUNHO DE 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA MS/GM N.º 1.289, DE 16 DE JULHO DE 2002. Altera as Normas Específicas para Cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo I, da Portaria MS/GM n.º 3.535, de 2 de setembro de 1998, publicada no DOU n.º 196-E, de 14 de outubro de 1998.

PORTARIA MS/GM N.º 1.318, DE 23 DE JULHO DE 2002. Define para o Grupo 36 – Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), a forma e a redação estabelecidas no Anexo desta Portaria.

PORTARIA MS/GM N.º 1.320, DE 23 DE JULHO DE 2002. Inclui procedimento na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

PORTARIA MS/GM N.º 1.635, DE 12 DE SETEMBRO DE 2002. Inclui procedimento no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS).

PORTARIA MS/GM N.º 2.048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

PORTARIA MS/GM N.º 1.708, DE 1.º DE SETEMBRO DE 2003. Concede reajuste, em caráter emergencial, aos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar de maior frequência.

PORTARIA MS/GM N.º 2.219, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003. Altera a descrição dos procedimentos constantes da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

PORTARIA MS/SAS N.º 03, DE 9 DE JANEIRO DE 2004. Altera os valores dos procedimentos da Tabela do SIA/SUS.

PORTARIA MS/SAS N.º 211, DE 15 DE JUNHO DE 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência em nefrologia na alta complexidade.

PORTARIA MS/GM N.º 2.073, DE 28 DE SETEMBRO DE 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA MS/SAS N.º 587, DE 7 DE OUTUBRO DE 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.

PORTARIA MS/SAS N.º 589, DE 8 DE OUTUBRO DE 2004. Exclui da Tabela de Procedimentos do SIA os procedimentos do Grupo 38 – Subgrupo 03 e inclui o Grupo 39, relativo aos procedimentos para atendimento aos portadores de deficiências auditiva.

PORTARIAS CONJUNTAS MS/MEC N.º 1.000 E N.º 1.005/2004.

PORTARIA MS/SAS n.º 210/04, de 15 de junho de 2004. Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência e Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

Portaria MS/SAS n.º 217/04, de 15 de junho de 2004. Exclui códigos de procedimentos da Tabela de Serviço/Classificação dos Sistemas de Informações do SUS.

Portaria MS/SAS n.º 494/04, de 10 de setembro de 2004. Restabelece procedimentos na Tabela do SIA/SUS.

Portarias MS/SAS n.º 125/2005, de 19 de abril de .2004. Dispõe sobre renovação de autorização para realizar retirada de órgãos, tecidos e transplantes.

Portaria MS/GM n.º 1.737/2004, de 19 de agosto de 2004. Disciplina a utilização de sangue e hemocomponentes obtidos pelo SUS, diretamente nos serviços públicos ou em serviços privados contratados, bem como o funcionamento dos serviços públicos de hemoterapia do SUS.

Portaria MS/GM n.º 373/2005, de 10 de março de 2005. Disciplina contratação pelo SUS de serviços de hemoterapia privados.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. [*Portarias do Ministério da Saúde*]. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [*Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 2004.

_____. Portaria SAS/MS nº 54, de 20 de março de 1996. Recomenda que a utilização do PGFAIH seja destinada, exclusivamente, para o bloqueio de AIHs que apresentem indicativos de algum desvio relativo ao valor médio, utilização de procedimento ou procedimentos especiais não compatíveis ou não previamente autorizados. Brasília: [s.n.], 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. [*Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem*]. Disponível em: <<http://www.cofen.org.br>>. Acesso em: 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. [*Resoluções do Conselho Federal de Medicina*]. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 2004.

Equipes de Elaboração e Atualização

Equipe de elaboração da obra publicada em 2002, sob o título “Orientações Técnicas sobre Auditoria no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)”, ISBN: 85-334-0553-7

Ana Luiza Pinto de Matos (DENASUS/MS)

Carlos José Correa Monteiro (DENASUS/PE)

Deraldo Lima de Souza (DENASUS/AL)

Elisete Vieira de Jesus (DENASUS/DF)

Emília Domingos (DENASUS/DF)

Francisco Viana Leite (DENASUS/DF)

Haley Maria de Sousa Almeida (DENASUS/DF)

Henrique M. Fernandes Moça (DENASUS/ES)

Luiz Carlos da Silva Feitosa (DENASUS/DF)

Maria Aparecida Chagas Ferreira (DENASUS/DF)

Nivaldo Valdemiro Simão (DENASUS/SC)

Equipe responsável pela atualização e pelas contribuições técnicas desta edição, sob o título “Oriebtções Técnicas sobre Auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS”, ISBN: 85-334-0954-0

Revisão e atualização

Nivaldo Valdemiro Simão	(DENASUS/SC)
Sonia C. Pereira da Costa	(DENASUS/AL)

Contribuições

Ana Cecília Bastos Stenzel	(DENASUS/RS)
Antônio N. P. M. de Almeida	(DENASUS/RS)
Carlos Roberto Pires Dantas	(DENASUS/DF)
Celso Modesto de Almeida Ramos	(DENASUS/DF)
Cláudio José Barbosa de Amorim	(SES/BA)
Débora do Carmo	(DENASUS/DF)
Domingos Savio Pimentel de Araújo	(DENASUS/PA)
Elisete Vieira de Jesus	(DENASUS/DF)
Emilia Domingos	(DENASUS/DF)
Francisco Ribeiro Telles	(DENASUS/RS)
Gilberto Roque Sonoda	(Consulta Pública)
João Batista Silva de Ávila	(DENASUS/DF)
José A. Bonfim Mangueira	(DENASUS/DF)

Luiz Carlos da Silva Feitosa	(DENASUS/DF)
Maria Luiza Pena Marques	(DENASUS/MG)
Maria Sandra Barbosa Del Aguila	(DENASUS/DF)
Marília Cristina Prado Louvison	(SES/SP)
Mário Lobato da Costa	(DENASUS/PR)
Paulo Sérgio Oliveira Nunes	(DENASUS/DF)
Raimunda Nina C. Cordeiro	(DENASUS/DF)
Renato dos Santos Andrade	(DENASUS/DF)
Tania M. Pereira de Mello	(DENASUS/DF)
Thereza Sonia Brito de Ávila	(DENASUS/BA)
Valéria C. de Barros Martins	(DENASUS/CE)
Valéria Fonseca de Paiva	(DENASUS/DF)

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, novembro de 2005

OS 0502/2005