

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Departamento Nacional de Auditoria do SUS

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE O  
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA)  
E SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH)

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF  
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª Edição – 6.000 exemplares

Barjas Negri – *Ministro de Estado da Saúde*

Otávio Azevedo Mercadante – *Secretário-Executivo*

Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes – *Diretora do DENASUS*

Sandro Gerardi – *Diretor Adjunto do DENASUS*

Haley Maria de Sousa Almeida – *Coordenadora-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica do DENASUS*

Carlos Eduardo Viana Santos – *Coordenador-Geral de Auditoria*

Carlos Roberto Pires Dantas – *Coordenador de Informática*

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS

Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica – CGDNCT

SEPN 511 – Bloco C – Ed. Bittar IV – 5º andar – Asa Norte – Brasília – DF CEP: 70750-543

Tel.: (61) 448 8361 Fax: (61) 448 8382

Elaborado com base em Portarias, Resoluções e Relatórios Gerenciais do SIA/SIH e Manuais de Auditoria.

*Equipe responsável:*

Haley Maria de Sousa Almeida (Coordenadora-Geral); Nivaldo Valdemiro Simão (DENASUS/SC); Deraldo Lima de Souza (DENASUS/AL); Ana Luiza Pinto de Matos (DENASUS/MS); Carlos José Correa Monteiro (DENASUS/PE); Elisete Vieira de Jesus (DENASUS/DF); Emília Domingos (DENASUS/DF); Francisco Viana Leite (DENASUS/DF); Henrique Magalhães Fernandes Moça (DENASUS/ES); Luiz Carlos da Silva Feitosa (DENASUS/DF); Maria Aparecida Chagas Ferreira (DENASUS/DF).

Informações atualizadas até junho de 2002

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte – Editora MS

Ficha Catalográfica

---

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

Orientações Técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

88 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0553-7

1. Auditoria. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. III. Título. IV. Série.

NLM W 74

---

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

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

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	5
1– SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES .....	7
1.1 OS RELATÓRIOS DE SAÍDA EFETIVOS DO SIH/SUS .....	7
1.1.1 RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DO HOSPITAL .....	7
1.1.2 RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO .....	9
1.1.3 RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO E OPM UTILIZADAS .....	12
1.1.4 RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS – TAB .....	13
1.1.5 RELATÓRIO DE AIH PAGAS .....	14
1.1.6 RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (PE) .....	16
1.2 RELATÓRIOS DE SAÍDA EVENTUAIS DO SIH/SUS .....	17
1.2.1 RELATÓRIO DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM .....	18
1.2.2 RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES APRESENTADAS (RLAA) .....	22
1.2.3 RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR .....	25
1.2.4 CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS AUXILARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT) .....	25
1.2.5 RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGAS .....	26
2 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA/SUS) .....	27
2.1 RELATÓRIOS DE SAÍDA EFETIVOS DO SIA/SUS .....	27
2.1.1 SITUAÇÃO CADASTRAL DA UNIDADE .....	28
2.1.2 RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DA PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA .....	29
2.1.3 RELATÓRIO SÍNTESE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL .....	30
2.1.4 RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS –TAB .....	30
2.1.5 RELATÓRIO SÍNTESE DE PRODUÇÃO DA APAC .....	31
2.2 RELATÓRIOS DE SAÍDA EVENTUAIS DO SIA/SUS .....	32
2.2.1 SITUAÇÃO CADASTRAL DA MANTENEDORA .....	32
2.2.2 DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS .....	33
2.2.3 RELATÓRIO DA UNIDADE POR SERVIÇO .....	33
2.2.4 RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL .....	34
2.2.5 RELATÓRIO DA DIFERENÇA DE PAGAMENTO .....	34
2.2.6 RELAÇÃO DE CRÉDITOS BANCÁRIOS EFETUADOS .....	34

3 – AUDITORIA OPERATIVA .....	35
3.1 AUDITORIA OPERATIVA HOSPITALAR .....	35
3.1.1 DA VERIFICAÇÃO <i>IN LOCO</i> .....	37
3.2 AUDITORIA OPERATIVA AMBULATORIAL .....	48
3.2.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO .....	53
3.2.2 CONSULTA MÉDICA .....	53
3.2.3 PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS .....	55
3.2.4 OFTALMOLOGIA .....	56
3.2.5 OFTALMOLOGIA – APAC .....	58
3.2.6 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS .....	59
3.2.7 PATOLOGIA CLÍNICA .....	60
3.2.8 RADIODIAGNÓSTICO .....	61
3.2.9 FISIOTERAPIA .....	61
3.2.10 HEMOTERAPIA .....	62
3.2.11 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS) .....	63
3.2.12 MEDICINA NUCLEAR .....	64
3.2.13 ONCOLOGIA .....	65
3.2.14 ÓRTESE E PRÓTESE .....	66
3.2.15 NEURORADIOLOGIA – RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIOGRAFIA .....	67
3.2.16 PATOLOGIA CLÍNICA (DOSAGEM DE CICLOSPORINA) – HEMODINÂMICA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA .....	67
3.2.17 ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM QUEIMADURAS .....	67
3.2.18 IMPLANTE DENTÁRIO ÓSTEOINTEGRADO .....	68
3.2.19 DEFICIÊNCIA AUDITIVA .....	69
3.2.20 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE .....	70
3.2.21 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA .....	71
3.2.22 EXAMES HIV – APAC .....	72
3.2.23 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	72
3.2.24 LITOTRIPSIA .....	73
3.2.25 REABILITAÇÃO FÍSICA .....	74
3.2.26 ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL .....	75
3.2.27 TERAPIA EM PNEUMOLOGIA .....	76
4 – CÁLCULO DA IMPUGNAÇÃO .....	77
4.1 NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES .....	77
4.2 NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS .....	84
5 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	87

---

## APRESENTAÇÃO

---

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 pré-auditorias e auditorias operacionais (*in loco*).

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

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (**SINASC**).

Fornece 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.

Sistema Nacional de Agravos de Notificação (**SINAN**).

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

Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (**SISVAN**).

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

Sistema de Informações de Atenção Básica (**SIAB**) .

Fornece 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.

### Sistema de Informações sobre Mortalidade **(SIM)**.

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

### Rede Nacional de Informações em Saúde **(RNIS)**.

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

### Rede Interagencial de Informações para a Saúde **(RIPSA)**.

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.

### Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS **(SIA/SUS)**.

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

### Sistema de Informações Hospitalares do SUS **(SIH/SUS)**.

Informa 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, cesarianas e outras).

Este documento contém orientações sobre o SIA e o SIH/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.

# 1 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

## 1.1 RELATÓRIOS DE SAÍDA EFETIVOS DO SIH/SUS

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

- Relatório de Dados Cadastrais do Hospital;
- Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento;
- Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado/Realizado e OPM Utilizados;
- TAB - Relatório Frequência de Procedimentos;
- Relação de AIH Pagas (Seleção a escolher, como por exemplo: AIH de Queimados, Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, por ordem crescente de especialidade cirúrgica/médica, etc.);
- Relatório de Procedimentos Especiais.

### 1.1.1 RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DO HOSPITAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS						
FNS/DATASUS SIH-SUS ESTADO PAG. 35		SMHA1H3				DATA - 19/04/96		
C.G.C.	= 83899526/0001-82	NATUREZA HOSP.	= 90	CIRURGIA	= 60	60	LOGRADOURO	= CAMPUS UNIVERSIT
HOSPITAL	= UNIVERS. FED. DE SC - HOSP. UNIVERSITÁRIO			OBSTETRICIA	= 36	36	NUMERO	= 00000
BANCO	= BANCO DO BRASIL S. A	VALOR		CL. MEDICA	= 89	89	COMPLEMENTO	= 0
AGÊNCIA	= FLP-CENTRO QUANT. AIH			F.P.T.	= 1	1	BAIRRO	= TRINDADE
C. BANCO	= 000167 APRES. PAGAS			PSIQUIATRIA	= 1	1	MUNICIPIO	= FLORIANÓPOLIS
C/C	= 555680029 NO MÊS 601 576 127.036.03			TISIOLOGIA	= 0	0	CEP	= 88040-000
UTI	= 15 FIDEPS = 75%			PEDIATRIA	= 42	42	MUNICIPIO	= 20.053/0
SITUAÇÃO	= O.K.			REABILIT.	= 0	0	UF	= SC
PONTOS SP	= 180363 VALOR SP = 47.516,45			PSQ. HOSP. DIA	= 0	0	DESC. OR NO MÊS	= 0,00
PONT. SAGT	= 70260 VAL. SAGT = 11.138,18			RESÍDUO ADIANT.	= 0,00	0,00	DESC. OR EXERC.	= 0,00
VALOR OPM	= 15,99 VL SANGUE = 1.516,62			DESC. ADIANT. MÊS	= 0,00	0,00		

Quadro 1 - 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, que vem apresentado em ordem crescente. Consta ainda nome, natureza, quantidade de leitos, dados da conta bancária, endereço, etc.

Dentre os dados cadastrais a serem analisados neste relatório, temos:

#### 1. NATUREZA:

O número representa a classificação recebida pelo hospital.

## 2. 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*, estes 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.

## 3. 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.

## 4. 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.

## 5. IVHE:

Índice de Valorização Hospitalar de Emergência, solicitado pelo hospital e concedido a aqueles que possuem emergência durante 24 horas, conforme PT/GM/MS 1.692/95. O valor pelo qual o hospital terá direito varia de 10%, 15% ou 25% sobre o faturamento de cada AIH, também relativos ao SH, SP e SADT.

## 6. QUANTIDADES DE AIH APRESENTADAS E PAGAS:

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

## 7. VALOR:

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

## 8. 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.



## 9. VALOR OPM E SANGUE:

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

## 10. 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, 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.

### 1.1.2 RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO

		MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS												
SUS/FNS PAG. 11628 LSMHA1H76 FLS. 175				22/05/96										
		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO 0375 - 20/05/96												
		HOSPITAL - 83899526/0001-82												
ESP	NUM. AIH	ID	PROCED.	ALTA	UTI	AC	SERV. HOSP.	SERV. PROF.	PTOS	SADT	PTOS SANGUE	OPM	QUADRO MÉDICO	AUDITOR/ATOS ESPECIAIS
1	1553129413	1	3201704	1295	01		1031,79	299,56	11,29	122,60	176	0,00	0,00	9900311
1	1553129413	3	3201704	1295					0		32			
1	1572907260	1	3201704	0296			890,81	308,73	1093	101,70	344	0,00	0,00	9900311
4	1572907268	5	8550074	0201			506,30	46,30	180	58,00	00	0,00	0,00	

Quadro 2 - Reflete todos os serviços prestados, apresentados e pagos através de AIH.

Relatório individualizado por hospital, o qual reflete todos serviços prestados e pagos através 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;

### 3.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> coluna (PROCED):

É o procedimento que foi pago, relativo àquela AIH;

### 5.<sup>a</sup> 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 verificar ainda se está havendo atraso na cobrança das AIH (AIH do mês 6 cobrada no mês 10, por exemplo);

### 6.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> coluna (AC):

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

### 8.<sup>a</sup> 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”;

### 9.<sup>a</sup> 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;

10.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> coluna (PTOS.):

É o total de pontos correspondentes aos SADT daquela internação. Pode ser encontrado “zero” como total de pontos, e concomitantemente na 11.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> coluna anteriormente descrita);

14.<sup>a</sup> 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 uma cruz (+).

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, à medida 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.

### 1.1.3 RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/ REALIZADO E OPM UTILIZADAS

FNS/DATASUS E OPM UTILIZADOS		MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO			
LSMHAIH6		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	

Quadro 3 - 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:

1- verificar a compatibilidade do material utilizado com o atendimento prestado, o que já é feito pelo Sistema. Sendo esta crítica flexível, é importante a análise detalhada deste item, se considerarmos que para procedimentos iguais podem ser utilizadas quantidades diferentes de produtos;

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

3- verificar a frequência da Nota Fiscal (uma mesma nota fiscal é apresentada para variados tipos de procedimentos em que se usou OPM).

#### 1.1.4 RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS – TAB

O programa TAB foi desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias 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;
- Identificar a média de permanência por procedimentos;
- Identificar valor médio por procedimentos;
- Identificar o quantitativo de óbitos por procedimentos;
- Identificar o quantitativo de diárias de UTI pagas por procedimentos;
- Identificar o quantitativo de diárias cobradas por procedimentos.

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

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
4300002 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
<b>TOTAL</b>	<b>960</b>	<b>381.146,75</b>	<b>1.934,03</b>	<b>30,8</b>	<b>55</b>	<b>257</b>

Quadro 4

1.<sup>a</sup> coluna:

Procedimentos Realizados – Código e nome do procedimento;

2.<sup>a</sup> coluna:

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

3.<sup>a</sup> coluna:

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

4.<sup>a</sup> coluna:

Val. Médio – Informa o valor médio por procedimentos;

5.<sup>a</sup> coluna:

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

6.<sup>a</sup> coluna:

Óbitos – Informa o número de óbitos ocorridos por procedimentos;

7.<sup>a</sup> coluna:

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

### 1.1.5 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)

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

Quadro 5 - Relatório montado em planilha do EXCEL, através dos dados disponibilizados pelo MS/DATASUS.

No exemplo acima foram selecionados os campos:

1.<sup>a</sup> coluna:

N. AIH – Informa o número da AIH;

2.<sup>a</sup> coluna:

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

3.<sup>a</sup> coluna:

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

4.<sup>a</sup> coluna:

PROC. REA – Informa o código do procedimento realizado;

5.<sup>a</sup> coluna:

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

6.<sup>a</sup> coluna:

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

7.<sup>a</sup> coluna:

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

8.<sup>a</sup> coluna:

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

9.<sup>a</sup> coluna:

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

10.<sup>a</sup> coluna:

IDADE – Informa a idade do paciente.

Todos os campos da AIH podem ser abertos para análise.

A critério do auditor poderão ser selecionados outros campos da AIH, tais como:

- Município de Origem (CEP);
- 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

### 1.1.6 RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (PE)

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	1932684842	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

Quadro 6

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

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;

**DTSAÍDA** - Data da Saída;

**NUMPR** - Número do Processamento;

**PROCUTI** - Procedimentos Especiais + Diárias de UTI;

**VALPROC** - Valor do Procedimento.



No exemplo foram selecionados os seguintes campos:

1.<sup>a</sup> coluna:

CGC HOSP – Informa o número do CGC do hospital;

2.<sup>a</sup> coluna:

Nº AIH - Informa o número da AIH;

3.<sup>a</sup> coluna:

PROC REA – Informa o código do procedimento realizado;

4.<sup>a</sup> coluna:

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

5.<sup>a</sup> coluna:

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

6.<sup>a</sup> coluna:

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

7.<sup>a</sup> coluna:

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

**NOTA:** esses dois últimos relatórios são de grande importância 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 seqüenciais 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.

## 1.2 RELATÓRIOS DE SAÍDA EVENTUAIS DO SIH/SUS

Grupo constituído pelos documentos de consulta eventual, a depender da necessidade.

São relatórios de consulta menos freqüentes e fornecem maiores subsídios quando cruzados com outros relatórios:

- Relatório Discriminativo de Pagamento de Serviços/Órtese, Prótese e Material Especial – OPM e OPM Tipo 7;
- Relatório de Autorizações de Internações Hospitalares Apresentadas (RLAA);
- Relatório Demonstrativo de Descontos das OR;
- Cadastro de Profissionais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT);
- Relatório Resumo de OPM Pagos.

A seguir, cada um dos documentos:

### 1.2.1 RELATÓRIO 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)

88000-000 FLORIANÓPOLIS			10002064192301500			BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF		
SC						COMPETÊNCIA		N. DO DISCR.	P/ USO DO DATASUS	UF
						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										

Quadro 7– “Contracheque” de médico pediatra em hospital privado.

Relatório onde são discriminados todos os serviços profissionais 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 (SADT), atendimento ao recém-nato na sala de parto, transfusões sanguíneas, utilização de OPM e outros.

O exemplo acima 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:

√ 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 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (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 este 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\$ 5,00 para a 1.<sup>a</sup> consulta e 18 pontos para cada dia de visita, a partir da 2.<sup>a</sup> consulta do pediatra;
- Se tiver sido utilizada uma OPM, o número da AIH é acompanhado do mês da alta do paciente, do código da OPM empregada, da quantidade utilizada e do número da nota fiscal.

2.<sup>a</sup> coluna:

Número de pontos correspondentes ao atendimento prestado na internação.

3.<sup>a</sup> 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 ATT-RN já vêm com seus valores gravados automaticamente, não sendo submetidos à pontuação de valor.

## EXEMPLOS DE HOSPITAL PÚBLICO

Relatório discriminativo de pagamento aos hospitais públicos.

### MS/SUS – DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM (TIPO 4)

88040-000 FLORIANÓPOLIS					BANCO/CONTA CORRENTE 000189 00000555680029		CGC OU CPF 838.995.26/0001-82		
SC					COMPETÊNCIA 96/06		N.º 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							

Quadro 8 - Hospital público onde todos os serviços são pagos ao hospital.

## MS/SUS – DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

			BANCO/CONTA CORRENTE			CGC OU CPF		
			COMPETÊNCIA			N.º DO DISCR.	P/ USO DATASUS	UF
			96/07			1 44138		
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						

Quadro 9 - 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.

### EXEMPLO DE HOSPITAL PRIVADO

## MS/SUS – DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

JOSÉ 10002064192301500				BANCO/C.CORRENTE 25941 00000001400150		CGC OU CPF 110.231.634-20		
RUA 58100-000				COMPETÊNCIA 92/12		N.º DISCR. 1	P/ USO DATASUS 38983	UF 13/PB
NUM-AIH	PTOS.	VAL. TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS.	VL. TOTAL
CATOLÉ CAMPINA GRANDE – PB								
HOSP. 08833691/0001-16								
PROC. 279								
SP 2191,16								
1196810220 76 166.528,16								
HOSP. 09194556/0001-30								
PROC. 279								
SP 2310,81								
1183813323 196 452.918,76								

Quadro 10 – “Contracheque” de médico que presta atendimento em vários hospitais.

- Os profissionais com vínculo tipo 4, 16, 17, 22, 24 e 28 (funcionários do hospital) 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 e 29 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 através do CNPJ;
- 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.

## 1.2.2 RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES APRESENTADAS (RLAA) (Condensado)

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	
<b>HOSPITAIS DE ÓRGÃOS MUNICIPAIS</b>			
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	46.360,47	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	426
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	11.140,11	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	
VALOR TOTAL SADT	2.862,59	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	426
VALOR TOTAL	60.363,27	TOTAL DE AIH REJEITADAS	12
VALOR MÉDIO POR AIH	146,15	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	413
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	
		TOTAL DE AIH PAGAS	413
			97,19 %
<b>HOSPITAIS DE ENTIDADES FILANTRÓPICAS</b>			
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	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 APRESENTADAS	12.380
VALOR PAGO EM ORTESE/PRÓTESE	58.738,78		
VALOR TOTAL SANGUE	11.743,40		
VALOR TOTAL	2.239.919,60	TOTAL DE AIH REJEITADAS	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 %

Quadro 11 - Apresentado em formato de quadro, por Estado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA	
SIH-SUS/FNS	APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA	TOTAIS DO ESTADO - 20 PROCESSAMENTO - 0393 - 19/07/96	
<b>HOSPITAIS CONTRATADOS</b>			
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
VALOR PAGO EM ORTESE/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	17.606
			98,14 %
<b>HOSPITAIS DE ÓRGÃOS ESTADUAIS</b>			
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
VALOR PAGO EM ORTESE/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 %

Quadro 12 - Cada quadro representa um grupo de hospitais de mesma natureza.

**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 %
<b>TOTAL GERAL DE TODAS AS NATUREZAS</b>				
VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	4.742.136,13	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	31.03	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	1.240.898,73	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	680	
VALOR TOTAL SADT	320.252,53	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	31.91	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	30.45	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	869	
		TOTAL DE AIH PAGAS	31.321	98,16 %

Quadro 13 - 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, entre outros.

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

- 10** - Hospital Próprio
- 20** - Hospital Contratado
- 22** - Hospital Contratado Optante pelo SIMPLES
- 30** - Hospital Federal
- 31** - Hospital Federal com verba própria
- 35** - Hospital Federal integrante do SIAFI
- 40** - Hospital Estadual
- 50** - Hospital Municipal
- 60** - Hospital Privado sem fins lucrativos com retenção do CONFINS
- 61** - Hospital Filantrópico isento de tributos e contribuições sociais
- 63** - Hospital Filantrópico isento de Imposto de Renda e contribuição sobre lucro líquido
- 70** - Hospital Universitário

- 80** - Hospital de Sindicato
- 90** - Hospital Universitário com pesquisa (FIDEPS)
- 91** - Hospital Privado sem fins lucrativos isento de tributos e contribuições sobre lucros líquidos, com FIDEPS
- 93** - Hospital Privado sem fins lucrativos isento de imposto de renda e contribuições sobre lucros líquidos, com FIDEPS
- 94** - Hospital Universitário com fins lucrativos, com FIDEPS
- 95** - Hospital Universitário vinculado ao MEC, com FIDEPS
- 96** - Hospital Federal com FIDEPS.

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 este 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 este 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.



### 1.2.3 RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATORIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTO DAS OR				SIH-SUS	
FNS/DATASUS 18/07/96 PAG. 10		COMPET. 96/06 PROC. 0393					
CGC DO HOSPITAL	OR	NAT	DATA EMIS.	ÓRGÃO EMIS.	VALOR	OBSERVAÇÃO	
80991849/0001-50	ERSC - 147/93	02	26/10/93	520-000-00	124,42	AUSENCIA DE CREDITO	
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	
<b>TOTAL ESTADO:</b>	<b>QT. OR QUIT.:</b>	<b>5</b>	<b>VALOR QUITADO:</b>	<b>4.164,94</b>			
	<b>QT. OR PEND.:</b>	<b>1</b>	<b>VALOR PENDENTE:</b>	<b>124,42</b>			

Quadro 14 – 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.

### 1.2.4 CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS AUXILIARES DE

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERV. AUX. DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA ATUALIZADOS DESDE 21/06/96				UF - SC	SIH-SUS
FNS/DATASUS LSMHTER 12 22/07/96		CRM/CRO= 2000349				BLOQ.= 0	LOGRADOURO= RUA
024676148-24		CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE= 34	COMPLEMENTO= CASA		
		NÚMERO DA CONTA= 706094		TIPO= 07	BAIRRO= BAIRRO		
		ESTADO= 20		ULT. ATUALIZ.= 18/05/96	MUNICÍPIO=		
029923889-04		CRM/CRO= 2000166		BLOQ.= 0	CEP= 77777-777	UF=	
		CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE= 34	COMPLEMENTO= RUA	3	
		NÚMERO DA CONTA= 706094		TIPO= 07	BAIRRO= APTO. 301		
					BAIRRO= CENTRO		
					MUNICÍPIO=		

Quadro 15 - cadastro atualizado de profissional.

### DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

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.

## 1.2.5 RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS – DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGOS		
FNS/DATASUS SIH-SUS		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 %	ENKERTO 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)

Quadro 16 - 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. Baixa utilização somada a altos gastos devem ter prioridade de análise.

---

## 2 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA/SUS)

---

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.

Estas 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 frequentes e prestadores;
- Distorção na programação;
- Desatualização do cadastro.

A partir destes 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 destes 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, onze são de grande utilidade para o trabalho de auditoria.

Para melhor compreensão e utilização dividimos estes relatórios em dois grupos.

### 2.1 RELATÓRIOS DE SAÍDA EFETIVOS DO SIA/SUS

- Situação Cadastral da Unidade;
- Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária;
- Relatório Síntese da Produção Ambulatorial;
- TAB – Relatório de Frequência de Procedimentos;
- Relatório Síntese de Produção da APAC.

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

A seguir, cada um dos documentos:

### 2.1.1 SITUAÇÃO CADASTRAL DA UNIDADE

	<b>MS/FNS/DATASUS</b>	<b>CADSIA</b>	<b>Data:</b> 31/03/00
	<b>CADASTRO DE UPS POR CGC</b>		<b>Pag.:</b> 1
<b>Estado:53 - DF - DISTRITO FEDERAL</b>			
<b>Razão Social:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	<b>Código:</b>	710601
<b>Nome Fantasia:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	<b>Gestão:</b>	639999
<b>CGC:</b>	00038174000658		
<b>DADOS CADASTRAIS</b>			
Região de Saúde:	001	Banco:	001
Dist.Sanitário:	000	Agência:	036021
Logradouro:	SGAN QUADRA 605	Conta Corrente:	0000000170
Número:	S/N	É mantida?:	NÃO
Complemento:		Desconta I.R?:	Não
Bairro:	PLANO PILOTO	Nº Contrato:	00000000
CEP:	70840000	Data Contrato:	00/00/00
Código Município:	0010	Data Preench.:	06/95/19
Nome:	BRASILIA	Data FPO:	00/00/00
DDD:	0006	Data Cadastramento:	06/95/19
Telefone:	2747722	Data Última Atualização:	12/99/19
<b>CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE</b>			
Tipo de Unidade:	05 - AMBULATORIO DE UNIDADE HOSPITALAR	Quant. Consultórios Médicos:	069
Tipo Prestador:	07 - UNID. VINCULADAS A ORGAOS	Quant.Equipos odontolog.:	028
Turno Atendim.:	06 - ATEND CONTINUO 24H. 7 DIAS NA SEMANA	Quant. salas de gesso:	01
Fluxo Clientela:	03 - ATEND. CLIENTELA DE PROCURA DIRETA E REF.	Quant. salas peq cirurgias:	06
Nível Hierárquico:	07	Quant.salas cirurg. ambul.:	04

COMPETÊNCIA: 12/99

ATIVIDADES PROFISSIONAIS	SERVIÇOS		PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRI			
			GRUPO	QUANT ORÇADA	VALOR ORÇADO	
COD. DESCRIÇÃO	PROF.	HORAS	SRV/CLS.	DESCRIÇÃO		
01 ENFERMEIRA	06	2300	01 / 001	AUDIOMETRIA	01	9.475 R\$4.865,62
02 ASSISTENTE SOCIAL	9	260	02 / 006	ANATOMIA PATOLOGICACITOLOGIA	02	10.484 R\$23.762,48
03 NUTRICIONISTA	3	36	03 / 011	ELETROENCEFALOGRAFIA	03	3.112 R\$4.232,15
04 ALERGIA E IMUNOLOGIA	3	60	04 / 018	DIALISE	04	4.066 R\$15.337,24
05 ANATOMOPATOLOGIA (PATOLOGIA)	11	260	04 / 014	DIALISE	07	12.599 R\$36.503,57
06 ANESTESIOLOGIA	5	150	05 / 020	DISPENSACAO DE ORTESES E PROTESES	06	2.119 R\$37.639,13
07 ANGIOLOGIA	2	8	06 / 024	ENDOSCOPIA	09	263 R\$4.969,57
08 BRONCOESOFAGOLOGIA	4	120	07 / 029	FARMACIA	10	1.600 R\$13.556,24
09 CARDIOLOGIA	10	200	08 / 031	FISIOTERAPIA	11	22.399 R\$69.333,97
10 CIRURGIA CARDIOVASCULAR	4	16	09 / 034	HEMODYNAMICA	12	245 R\$2.035,30
11 CIRURGIA GERAL	15	300	10 / 030	HEMOTERAPIA	13	3.461 R\$30.983,21

**NOTA:** Este Relatório deve ser fornecido ao prestador, de acordo com a Portaria MS/SAS n.º 33, de 04/05/95 - DOU n.º 85 de 05/05/95.

## 2.1.2 RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DA PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA



MS/FNS/DATASUS

CADSIA

Data: 31/03/00

ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Pag.: 1

Estado: 53 - DF - DISTRITO FEDERAL

Município: BRASILIA

Razão Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA  
 Nome Fantasia: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA  
 CGC: 00036174/0006-58

Código: 710501

COMPETÊNCIA: 12/99

0100000 AÇÕES EXECUTADAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM							
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO			
Comp.	Programado	Apresentado	Aprovado	Programado	Apresentado	Aprovado	Ajuste
12/99	9.475	5.740	5.740	R\$4.865,00	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
0200000 AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS							
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO			
Comp.	Programado	Apresentado	Aprovado	Programado	Apresentado	Aprovado	Ajuste
12/99	10.484	8.916	8.618	R\$23.762,00	R\$19.918,76	R\$19.310,83	R\$0,00
11/99	10.471	10.390	10.390	R\$23.651,00	R\$22.921,36	R\$22.921,36	R\$0,00
0300000 AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA							
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO			
Comp.	Programado	Apresentado	Aprovado	Programado	Apresentado	Aprovado	Ajuste
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	1.876	1.876	1.876	R\$2.378,00	R\$2.378,15	R\$2.378,15	R\$0,00
0400000 AÇÕES EXEC. P/ OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR							
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO			
Comp.	Programado	Apresentado	Aprovado	Programado	Apresentado	Aprovado	Ajuste
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
0700000 PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS REALIZADOS POR PROF							
FÍSICO				ORÇAMENTÁRIO			
Comp.	Programado	Apresentado	Aprovado	Programado	Apresentado	Aprovado	Ajuste
12/99	12.599	10.579	10.052	R\$36.503,00	R\$31.264,85	R\$29.921,00	R\$0,00
11/99	9.869	9.702	9.702	R\$23.613,00	R\$23.187,62	R\$23.187,62	R\$0,00

Identifica a unidade, a competência apresentada e as 04 (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 deste relatório permite verificar distorções na programação sub-produção e/ou superprodução da unidade.

## 2.1.3 RELATÓRIO SÍNTESE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS										SAS/DATASUS		
SÍNTESE DA PRODUÇÃO REGIONAL: NOV/1999												
UNIDADE: 0023043 - POLICLÍNICA COMUNITÁRIA SANTA ROSA												
Comp.	Fl.	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 deste relatório permite identificar erros de preenchimento, desatualização do cadastro, cobranças indevidas e distorções na programação.

**NOTA:** este relatório deve ser entregue ao Prestador, de acordo com a PRT/SAS n.º 33, de 04/05/95 – DOU n.º 85 de 5/5/95.

## 2.1.4 RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTO – 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.
<b>Total</b>	<b>149393</b>	<b>4.674.683,63</b>	<b>165344</b>	<b>4.987.471,93</b>
2801102-ACELER. LINEAR DE FÔTONS/ELÉTP(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 TIREOSTIMULANTE	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-PRÉ-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, entre 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 deste relatório permite identificar cobranças indevidas e distorções na programação, como também verificar situações constatadas 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 destes 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 destes indicadores, permite a definição de quais unidades deverão ser auditadas.

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

## 2.1.5 RELATÓRIO SÍNTESE DE PRODUÇÃO DA APAC

UNIDADE: 0002933 - SANTA CASA					VALIDADE: 01/09/2000 - 30/11/2000
APAC: 0001341269-6					
TIPO: CONTINUIDADE					
TIPO ATENDIM.: 27- TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA					RMS: 1313 06/12/2000
PACIENTE: MACEIÓ DA SILVA CATARINA					
MOT.COBRANÇA: 71 - PERMANENCIA MESMA UPS MESMO PROCEDIMENTO					
PROCESSAMENTO: 11/2000					PRODUÇÃO: 11/2000 (s17,27H)
SEQ. PROC. AT.	Qt. Apres.	Vi. Apres	Qt. Aprov.	Vi. Aprov.	Situação
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	

Permite o acompanhamento dos procedimentos realizados em Oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS), Medicamentos Excepcionais, Facectomia, Fotocoagulação à Laser; Facemulsificação para implante de lente intra-ocular, Acompanhamento Pós Transplante, Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Radiologia Intervencionista, Arteriografias, Medicina Nuclear, Psiquiatria, Deficiência Auditiva, Implante Dentário Ósteo-Integrado, 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).

## 2.2 RELATÓRIOS DE SAÍDA EVENTUAIS DO SIA/SUS

- Situação Cadastral da Mantenedora;
- Discriminativo de Pagamento de Serviços;
- Relatório discriminativo de Unidades por Serviços;
- Relatório da Situação da Produção Ambulatorial;
- Relatório de Diferença de Pagamento;
- Relatório de Créditos Bancários Efetuados.

O grupo é constituído pelos documentos de consulta eventual, a depender da necessidade.

A seguir, cada um dos documentos:

### 2.2.1 SITUAÇÃO CADASTRAL DA MANTENEDORA

SITUAÇÃO CADASTRAL DA MANTENEDORA – SET/2000

CGC.: 03.501.509/0001-06		IR.: NÃO	
RAZÃO SOCIAL: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE		NÚMERO: 409	
LOGRADOURO: AV. MATO GROSSO		CEP: 79.100-000	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CENTRO		
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	50027	CAMPO GRANDE

Identifica a entidade mantenedora e unidades prestadoras de serviços vinculadas.



## 2.2.2 DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS

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+	
<b>PRODUÇÃO</b>				<b>I.R.</b>			<b>LÍQUIDO</b>
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:** este relatório deve ser entregue mensalmente ao Prestador, de acordo com a PRT/SAS n.º 33, de 04/05/95 – DOU n.º 85 de 05/05/95.

## 2.2.3 RELATÓRIO DISCRIMINATIVO DE UNIDADES POR SERVIÇOS

UNIDADE	NOME FANTASIA	COD.	MUNICIPIO	SITUACAO	TP.PREST	TP.UNIDADE
0002933	SANTA CASA	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.FI.ANTROP	AMBU AT DE UNIR
0002902	MED RIM	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FISJUR.F	OUTROS SERV. AUX. DE
0003085	PRO RENAL	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FISJUR.F	OUTROS SERV. AUX. DE
0003505	HOSP. UNIV	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.ADM.ORGAO UNIV	AMBULATORIO DE UNID.

  

UNIDADE	NOME FANTASIA	COD.	MUNICIPIO	SITUACAO	TP.PREST	TP.UNIDADE
0003093	PRONCOR	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FISJUR.F	CLINICA ESPECIALIZAD
0003508	HOSP UNIV	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.ADM.ORGAO UNIV	AMBULATORIO DE UNIDA
0005374	CARRIO VASC	500270	CAMPO GRANDE	ATIVADA	UNID.PRIV.FISJUR.F	OUTROS SERV. AUX. DE

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

## 2.2.4 RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS								SAS/DATASUS	
PRODUÇÃO AMBULATORIAL – NOV/1999									
REGIONAL:									
UNIDADE: 0023043 – POLICLÍNICA COMUNITÁRIA SANTA ROSA									
Comp.	Fl	Sq	Proced.	At	Tp	Gr	Fe	Qtde	Situação
ov/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 BPA de até três meses anteriores, o quantitativo de procedimentos realizados e a situação em que se encontram estes procedimentos.

A análise deste relatório permite identificar os procedimentos rejeitados em função das críticas do sistema.

## 2.2.5 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.

## 2.2.6 RELAÇÃO DE CRÉDITOS BANCÁRIOS EFETUADOS

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE		RELAÇÃO DE CRÉDITOS BANCÁRIOS EFETUADOS			PÁGINA 0000001		
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		EMISSÃO : 06/04/2001					
INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS		SESAU					
PREFEITURA MUN. DE CAMPO GRANDE – FMS		VALORES EM REAIS					
NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	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	
ASSOCIAÇÃO CREN DE REABILITAÇÃO	MANTEN	00.190.314/0001-02	001	00048-5	2.057-5	3.068,00	
ASSOCIAÇÃO DE A M E A I DE C. GRANDE	MANTEN	03.272.689/0001-00	001	03496-7	2.054-0	35.126,58	
ASSOCIAÇÃO 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	46.299-3	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	
<b>TOTAL DA SECRETARIA</b>						<b>1.944.574,81</b>	

A análise destes indicadores auxilia na definição de quais Unidades deverão ser auditadas.

---

## 3 – AUDITORIA OPERATIVA

---

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

### **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.

### **Procedimentos Rotineiros**

Nas auditorias realizadas pelas equipes do Ministério da Saúde, serão emitidos os seguintes documentos, que serão 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 02 (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.

## **3.1 AUDITORIA OPERATIVA HOSPITALAR**

### **Solicitações**

De modo geral são solicitados, nas auditorias de UPS, 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 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 serem 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 serem examinados. Tal universo poderá variar de 20% a 100% dependendo do volume de documentos apresentados 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% (quarenta por cento), do universo que está

sendo analisado, o percentual de amostragem deverá ser estendido para 100% (cem por cento).

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

### 3.1.1 DA VERIFICAÇÃO *IN LOCO*

#### **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:

- a) Roteiro de Visita Hospitalar;
- b) Roteiro de Auditoria em Psiquiatria.
- c) Roteiro de Visita Ambulatorial
- d) 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:

#### **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;
- Observar, 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;

- Observar o fluxo do setor de esterilização, equipamentos e métodos utilizados na esterilização, acondicionamento e cuidados com o material esterilizado, sua quantidade e qualidade;
- Observar o fluxo da lavanderia, método de desinfecção e lavagem de roupa, quantidade, qualidade e conservação da roupa hospitalar;
- Observar 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;
- Verificar 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;
- Verificar 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 biosegurança;
- Verificar condições de acondicionamento, amostragem e conservação nos setores do almoxarifado e farmácia, assim como cuidados dispensados à medicação controlada;
- Verificar se a Sala de Parto possui os materiais exigidos na PRT/MS/SAS n.º 096/94, quando o hospital cobra AIH de parto ou cesariana com o código de assistência ao RN na Sala de Parto;
- Verificar se as unidades cadastradas em alta complexidade estão cumprindo as exigências constantes nas respectivas portarias (Câncer, Ortopedia, Cardiologia, Epilepsia, Lábiopalatal, Implante Dentário Ósteointegrado, Transplante, UTI especializada, II e III, Neurocirurgia I, II e III, Referência em Urgência e Emergência, Paciente de Alto Risco Secundário e Terciário, Doença do Sono, Busca de Possível Doador de Órgão, Deficiência Auditiva, Queimados e Gastroplastia);
- Nos hospitais com FIDEPS, IVH-E e Referência em Urgência / Emergência, verificar se os mesmos estão cumprindo as exigências das Portarias MS/MEC/CONJUNTA n.º 01/94, MS/GM/ n.º 1.692/95 e MS/GM n.º 479/99, respectivamente;

- Em Hospitais “Amigo da Criança” verificar o cumprimento da Portaria MS/SPS/SAS n.º 029/2001;
- Observar 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;
- Observar 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;
- Verificar métodos de treinamento e supervisão do pessoal das diversas áreas;
- Verificar 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 ao paciente.

### **Relativos ao Exame do Paciente Internado**

- Solicitar e analisar os prontuários dos pacientes internados e, por amostragem, visitar 20% dos pacientes internados 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 esta função deve-se agir com consciência e imparcialidade e o que se tiver conhecido através 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.

## **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.

### **Composição Mínima**

- 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.

### **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.



## **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 às sondas, catéter, drenos, aspirações e nebulizações, cuidados na prevenção e tratamento de escaras, na administração de oxigênio, na instalação parenteral em perfusão e condições de coletores;
- Verificar, 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;
- Verificar se está existindo cobrança de complementação, a qualquer título, de pacientes do SUS, contrariando as normas vigentes (PT MS/SAS n.º 113/97);
- Verificar se está sendo cobrado TCE grave com complicações, código 40.200.00.0 e em pacientes com TCE sem complicações, código 40.206.00.9;
- Verificar se na cobrança de AIH de Cirurgia Múltipla e Politraumatizado, os atos médicos foram realizados no mesmo ato anestésico;
- Verificar se está sendo emitida nova AIH quando o correto seria a solicitação de Diária de Permanência à Maior;
- Verificar se estão sendo cobradas 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.

## **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.

### **Análise da AIH x Prontuário após a Alta**

A revisão do Prontuário Médico-Hospitalar após a alta é desenvolvida:

- a) De rotina, pela equipe técnica de auditoria;
- b) 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. Considerando isto, 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 (RES/CFM -1614/2001).

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 desta 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.

### **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.

### **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.

### **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 deste documento que os Hospitais, Profissionais, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), receberão pelos serviços prestados ao usuário.

### **Entendendo uma AIH**

Para melhor compreensão deste formulário, dividimos uma AIH em 5 (cinco) quadros:

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

## **Tipos de AIH**

### **AIH – Identificação - 7 (Formulário) ou Meio Magnético**

É emitida exclusivamente pelos Órgãos Emissores, com numeração própria, pré-impressa, em 02 (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.

### **AIH Simulada**

É a cópia em papel da AIH - 1, emitida em 01(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 SAS/MS n.º 92/95 e 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. Autorizada a 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.

## **Extrato de Conta Hospitalar**

De emissão obrigatória nas Unidades Hospitalares do SUS, é o demonstrativo das despesas hospitalares e deve ficar à disposição do paciente.

### **Durante a Revisão dos Prontuários deve-se Verificar:**

- Se o quantitativo de prontuários, apresentados para a auditoria, confere com a quantidade de AIH pagas no processamento que está sendo analisado;
- Se o nome do paciente da AIH-7 é o mesmo do prontuário e da AIH Simulada;

- Se os dados constantes na AIH simulada conferem com os do Relatório Demonstrativo de AIH Pagas (alto custo, procedimento realizado, atos profissionais, SADT, AIH de cirurgia múltipla, politraumatizado, aids, procedimentos seqüenciais de neurocirurgia, entre outros);
- Se o preenchimento do laudo médico está correto;
- Se 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;
- Se o código e a quantidade de material lançado na AIH simulada corresponde ao que foi utilizado no paciente;
- Se o número da nota fiscal lançado na AIH simulada corresponde à compra do material que foi utilizado;
- Se a solicitação de OPM está devidamente preenchida e autorizada pelo Diretor Clínico, ou pelo Gestor, a critério deste;
- Se 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 re-operação;
- Se existe justificativa do médico assistente, no caso de mais de 03 diárias de UTI e se a mesma está autorizada pelo Diretor Clínico, ou pelo Gestor, a critério deste;
- Se as indicações de internações em UTI atendem aos critérios estabelecidos em atos normativos do MS;
- Se as unidades assistenciais estão solicitando realmente a permanência a maior, ou se estão emitindo nova AIH;
- Se 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;
- Se o período de internação constante no Prontuário Médico é o mesmo que está sendo lançado na AIH Simulada;
- 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, exossanguineotransfusão, 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 e aids, conforme normas específicas para cada tipo de AIH;
  - Se as unidades assistenciais estão solicitando mudança de procedimento, conforme normas vigentes, ou se estão emitindo nova AIH;
  - Se 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);
  - Se as unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das portarias, nas internações de Psiquiatria e Paciente sob Cuidado Prolongado e Domiciliar.

## **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 AIH Simulada anexada ao prontuário, em desobediência às Portarias SAS 092/95 e 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 e a AIH Simulada;
- 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.

### **3.2 AUDITORIA OPERATIVA AMBULATORIAL**

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

#### **Organização Ambulatorial**

Ao avaliar este 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 deste roteiro de forma correta e com discernimento.

#### **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 Portaria GM/MS n.º 1376 de 19/11/93;
- 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 seguidas do ato cirúrgico;
- Se a unidade garante suporte hospitalar para os casos que eventualmente necessitem de internação, em consequência de intercorrência de Cirurgias Ambulatoriais.

### **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;
- Verificar se há marcação prévia de consultas e os respectivos prazos;

- Verificar, 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/GM n.º 82/2000;
- 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.

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

### **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)**

Possibilita verificar 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.

### **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 do AVEIANM, procedimento odontológico, procedimento médico 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.

### **Relatório Demonstrativo de APAC – Magnético**

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).

### **Visita Domiciliar por Profissional de Nível Médio**

- Verificar se as ações executadas durante a visita, estão sendo indevidamente cobradas 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.

### **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).

### **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 – Administração de Medicamentos em Consultas/Atendimentos Especializados e de Alta Complexidade.

### **Atividade Executada por Agente Comunitário de Saúde**

- Verificar se está sendo cumprido o parâmetro de no mínimo 400 e no máximo 750 pessoas;
- Verificar se está implantado o Sistema de Informações do PACS e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente;
- Verificar o cumprimento de instrução/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.

### **Consulta Médica Diferenciada/Assistência ao Parto sem Distócia, pelo Médico da Unidade de Saúde da Família**

São procedimentos específicos do Programa Saúde da Família (PSF).

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 do PSF, e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente.

### 3.2.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

#### **Procedimentos Coletivos**

O Procedimento Coletivo é cobrado por cliente/mês.

Verificar:

- Se estão sendo realizados pelo menos 25 bochechos/ano para que haja eficiência do bochecho, tendo em vista que o ano tem 52 semanas;
- Se ocorre seleção prévia dos participantes, cadastro e acompanhamento de todo o grupo durante o programa;
- Se é elaborado no final de cada período (1 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, através de relação nominal por grupo, a qual deverá ficar à disposição do Controle e Avaliação.

#### **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;
- Verificar se está sendo preenchida corretamente a Ficha Clínica Odontológica, em todos os seus campos;
- Verificar se os procedimentos endodônticos estão com a comprovação radiológica.

### 3.2.2 CONSULTA MÉDICA

- 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 na FCA pelo menos com 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.

### **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.

### **Atendimento Clínico com Observação**

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 quatro horas, e, no máximo até vinte e quatro 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 deste procedimento.

### **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 01.06.2000.
- Os pagamentos dos procedimentos 07.071.02.7 e 07.071.03.5 são efetuados através do BPA, custeados pelo FAEC e considerados procedimentos estratégicos do MS.

### **Fornecimento de DIU e Diafragma**

No atendimento clínico para indicação e fornecimento do diafragma ou fornecimento e inserção de DIU, é vedada a cobrança associada à consulta médica.

#### **3.2.3 PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS**

- 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 velpeau não gessados deverão ser cobrados como 09.011.08.0 – Imobilização provisória;
- A realização de curativo + fratura pode ser cobrada quando em segmentos diferentes.

### **Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória**

- 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 obrigatória imobilização provisória, inclusive se utilizada a tala gessada;
- As UPS que possuem atividades profissionais: 33 (Ortopedista), 58 (Plantonista), 74 (Médico Saúde Comunitária) e 84 (Médico qualquer especialidade), podem cobrar este procedimento.

### 3.2.4 OFTALMOLOGIA

#### **Consulta/Procedimento/Diagnose**

- A consulta oftalmológica consiste de anamnese, inspeção, refração, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia, ceratometria, 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 contido na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

São procedimentos binoculares:

- Estesiometria, gonioscopia, medida de ofuscamento e contraste, potencial de acuidade visual, teste de *Schirmer*, teste de visão de cores;
- *Check-up* de glaucoma, curva tensional diária, teste de provocação de glaucoma;
- *Check-up* 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.

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), fototrabeloplastia 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 03 a 04 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, *check-up* 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.

### 3.2.5 OFTALMOLOGIA – APAC

- 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 *check-up* de glaucoma;
- As APAC de facectomia, fotocoagulação a *laser* e facoemulsificação tem validade de apenas uma competência. APAC de transplantes de córnea e *check-up* de glaucoma tem validade de até três competências, cobradas na APAC II – Meio Magnético Única;
- Somente o oftalmologista está habilitado a realizar estes procedimentos;
- Para cobrança de APAC transplante de córnea e *check-up* 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.

### 3.2.6 PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

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 do PAB (Grupos 01 a 05), quando realizados em Unidades Hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, mesmo nos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica;

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) através da mesma incisão;
- Diversas intervenções se realizarem na mesma cavidade, ou orifício natural;
- Novas incisões tiverem que ser feitas para a complementação do ato cirúrgico.

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 04 até 24 horas, da mesma forma em relação a 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).

### 3.2.7 PATOLOGIA CLÍNICA

Verificar:

- 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;
- Verificar se os exames para dosagem de hormônios estão sendo realizados pela patologia clínica (Hormônios I, II, III, IV, V e VI) e cobrados pelo Radioimunoensaio – subgrupo Medicina Nuclear *in vitro* I, II e III;
- No procedimento imunofenotipagem de hemopatias malignas (código 11.065.13.3), paga-se por exame realizado, no máximo de 10 (dez) exames por paciente;
- 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.

### 3.2.8 RADIODIAGNÓSTICO

Verificar:

- 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.

### 3.2.9 FISIOTERAPIA

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 do parecer do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), que estabelece um parâmetro de produtividade de 05 (cinco) pacientes/hora;
- Verificar 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;

- 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 à mais pronta recuperação do paciente, sendo em média, utilizadas três técnicas em período de uma hora diária;
- As autorizações deverão franquear até 10 sessões. A cada 10 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, onde 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.

### 3.2.10 HEMOTERAPIA

Verificar:

- Se o quantitativo do procedimento “Módulo Sorológico” é compatível com o quantitativo do procedimento “Coleta/Processamento”, nas unidades que realizam os dois módulos;
- Se não está sendo considerado à parte, os gastos efetuados com doadores inaptos, por motivo clínico, imuno-hematológico e/ou sorológico. Estes gastos estão incluídos no Módulo “Coleta/Processamento” e no “Módulo Sorológico”;
- Se os doadores considerados inaptos estão sendo devidamente encaminhados para atendimento com vista a diagnóstico e tratamento;
- Se o quantitativo do Módulo “Pré-Transfusional” é compatível ao quantitativo do Módulo Transfusional;
- 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, através de portaria específica;

- No caso de aplicação dos fatores de coagulação VIII e IX, no prontuário do paciente a justificativa da aplicação do medicamento, deverá conter: nome, data de nascimento, peso, grau de deficiência, tipo de hemofilia, situação clínica, descrição do medicamento e dose aplicada;
- Verificar na listagem nominal dos pacientes: o nome, número do prontuário (ambulatorial e hospitalar), data de nascimento e dose do medicamento;
- Verificar se estão sendo observadas as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na PT/MS n.º 1.376 de 19/11/93;
- Verificar se os exames Grupo Sangüíneo e Fator RH estão sendo cobrados na patologia clínica e na hemoterapia. Estes exames fazem parte dos módulos: pré-transfusional (código 37.051.01.6), no caso da amostra do sangue do receptor; e módulo exames imunohematológicos (código 37.021.01.0), no caso do sangue coletado.

### 3.2.11 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

Verificar:

- Se os exames complementares mensais obrigatórios foram realizados, assim como os trimestrais, semestrais e anuais;
- Ficha de Freqüência Diária;
- Ficha de Cadastro Ambulatorial de Diálise (FCAD);
- Lista de pacientes inscritos para Transplante Renal;
- 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 Portaria MS/SAS n.º 082/2000, estão sendo cumpridas;
- Se foram anexados aos prontuários: Demonstrativo de APAC Magnético; APAC Formulário; Controle de Freqüência Individual de Diálise; Laudo Médico para Emissão de APAC e Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME);
- Segundo as Portarias MS/SAS n.º 140 de 20/04/1999 e MS/SE/SAS n.º 55, de 28.08.2001:

1 - A APAC formulário será emitida somente para os Procedimentos:

27.011.01.1	27.011.03.8
27.011.04.6	27.031.01.2
27.031.03.9	27.031.14.4
27.041.01.8	27.031.06.3
27.031.07.1	27.031.08.0
27.031.09.8	27.031.16.0
27.031.10.1	27.031.18.7
	27.031.20.9

2 – Para os procedimentos abaixo, não serão emitidas APAC I – Formulários. Os mesmos serão cobrados na APAC II – Meio 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 através da 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 06/11/96);

6 – Todos os exames complementares constantes na Portaria MS/GM n.º 82, de 03/01/2000, devem ser cobrados por APAC e não por BPA.

### 3.2.12 MEDICINA NUCLEAR

· Os procedimentos do grupo 32, subgrupo diagnose, são pagos através de APAC (Portaria MS/SAS n.º 460/2000);



- 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 460/2000, 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.

### 3.2.13 ONCOLOGIA

- 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 296/99.
- Observar se estão sendo cumpridas as normas constantes das Portarias MS/GM n.º 3.535/98 e MS/SAS n.º 296/99.
- 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 a 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, através 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 – Magnético, 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.
- Verificar 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.
- Verificar cobrança de procedimentos adjuvantes, não hormonal, cobrados por período superior a 12 meses.
- Verificar 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.

### 3.2.14 ÓRTESE E PRÓTESE

Verificar:

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

### 3.2.15 NEURORADIOLOGIA – RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIOGRAFIA

- Estes procedimentos são pagos por APAC (Portaria MS/SAS n.º 434/2000);
- 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;
  - √ Controle de frequência individual de radioterapia/quimioterapia;
  - √ Laudo Médico para emissão de APAC.

### 3.2.16 PATOLOGIA CLÍNICA (DOSAGEM DE CICLOSPORINA) – HEMODINÂMICA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- Estes procedimentos são pagos por APAC (Portaria MS/SAS n.º 433/2000);
- 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.

### 3.2.17 ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES COM QUEIMADURAS

Verificar:

- Se estes procedimentos são pagos por APAC conforme Portaria MS/GM n.º 1.274/00;
- 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 à queimados alta complexidade;
  - √ 38.051.02.8 Acompanhamento do médio e grande queimado realizado em ambulatório de centro de referência em assistência à queimados 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 incluem 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.

### 3.2.18 IMPLANTE DENTÁRIO ÓSTEOINTEGRADO

- Estes procedimentos são pagos por APAC (Portaria MS/SAS n.º 431/00);
- 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 431/2000;
- 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.

### 3.2.19 DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- Estes procedimentos são pagos por APAC (Portaria MS/SAS n.º 432/2000);
- Somente os profissionais médicos, não vinculados ao SUS como prestadores de serviços, poderão ser médicos 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 432/2000.
- A cobrança do procedimento de código 38.031.01.9 (Diagnóstico de Deficiência Auditiva de caso uni/bilateral – máximo de 01/ano/criança ou adulto), será efetuado somente pela APAC II – Meio Magnético Inicial;
- Quando ocorrer a cobrança de procedimentos secundários na APAC de Continuidade, (código 38.031.01.9 – Diagnóstico de Deficiência

Auditiva), não poderá ser cobrado o procedimento principal, este deverá ser registrado com a quantidade 00;

- Os Procedimentos considerados secundários, não necessitam de emissão de APAC I – Formulário, porém deverão ter suas realizações comprovadas, quando lançados na APAC II – Magnético;

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.

### 3.2.20 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE

#### **I – Córnea (código 38.011.01.8)**

- Este procedimento será pago por APAC (Portaria MS/SAS n.º 435/2000);
- Somente os profissionais médicos, não vinculados ao SUS como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores;
- A cobrança deste procedimento será efetuada mensalmente, durante 06 meses/ano, ou seja, deverão ser autorizadas apenas 02 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.

#### **II – Rim, Fígado, Pulmão, Coração, Medula Óssea e Pâncreas (código 38.011.02.6)**

- Estes procedimentos serão pagos através APAC (Portaria MS/SAS n.º 436/2000);
- 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 para identificar os pacientes nos documentos APAC I – Formulário, APAC II – Magnético, Laudo Médico para Emissão de APAC e no Controle de Freqüência 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 436/2000;
- A cobrança desta APAC será mensal, nos primeiros doze 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.

### 3.2.21 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EM RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

- Este procedimento será pago somente através de APAC, pelo código 38.041.01.4, conforme Portaria MS/GM n.º 1.220/00;
- 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.

### 3.2.22 EXAMES HIV – APAC

- São cobrados através de 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, 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 esta documentação, passando a ser identificados pelo nome;
- Esta APAC tem validade de até 03 (três) competências;
- Na APAC I – Formulário não poderá ser autorizado mais de 01 (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.
- Deverão estar arquivados APAC – I Formulários; 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.

### 3.2.23 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

- Estes procedimentos somente serão pagos através de APAC, com exceção do procedimento 63.001.57.8, o qual será pago por AIH, conforme Portaria MS/SAS n.º 198/2002.



- 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.
- Estes procedimentos são considerados estratégicos pelo SUS e financiados com recurso do FAEC.
- A cobrança deste procedimento vigora a partir de setembro de 2002.

### 3.2.24 LITOTRIPSIA

- Estes procedimentos somente poderão ser cobrados através de APAC, conforme Portaria MS/SAS/SE n.º 47/2000;
- 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 Extra Corpórea);
- A APAC – I Formulário terá validade de até 03 (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/SAS/SE n.º 47/2000;
- 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.

### 3.2.25 REABILITAÇÃO FÍSICA

- Estes procedimentos somente poderão ser cobrados através de APAC, conforme Portaria MS/SAS n.º 185/2001, 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 para identificar os pacientes nos documentos/instrumentos:
  - √ APAC I – Formulário;
  - √ APAC II – Meio Magnético;
  - √ Laudo Médico para Emissão de APAC;
  - √ Controle de Freqüência 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 30.07.99;
- Somente poderão dispensar as órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme estabelecido no Anexo I da Portaria MS/SAS n.º 185/2001, as unidades cadastradas no SIA como tipo de unidades:
  - 03** – policlínica;
  - 05** – ambulatório de hospital geral;
  - 07** – 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 185/2001 (procedimento principal) será efetuada somente na APAC II – Meio Magnético Única;
- No valor desses procedimentos estão incluídos todos os materiais necessários a 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.

### 3.2.26 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 hemoglobinopatias (38.071.03.7); e acompanhamento em SRTN de pacientes com diagnóstico de fibrose cística (38.071.04.5), somente serão pagos através de APAC conforme Portaria MS/SAS n.º 223/2001;
- Os autorizadores deverão ser profissionais médicos não vinculados a 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 – Magnético Única;
  - As unidades prestadoras de serviços deverão manter arquivados, para fins de auditoria:
    - √ APAC I – Formulário;
    - √ Relatório Demonstrativo de APAC II – Magnético Única;
    - √ Laudo Médico para Emissão de APAC;
    - √ Controle de Frequência Individual.

### 3.2.27 TERAPIA EM PNEUMOLOGIA

- Estes procedimentos somente poderão ser pagos através de APAC conforme Portaria MS/SAS n.º 364/2001;
- 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 03 (três) competências;
- Será obrigatório o cadastramento das empresas fornecedoras, no SIA, para que as mesmas possam se habilitar à cessão de crédito.

---

## 4 – CÁLCULO DA IMPUGNAÇÃO

---

### 4.1 NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

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;
- AIH simulada/definitiva – Portaria MS/SAS n.º 304/2001;
- Demonstrativo das distorções encontradas na AIH x Prontuário.

Glosa nas AIH de Cirurgia e Clínica Médica:

**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 ser Recolhido).

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

**Exemplo 01:** 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 1.ª consulta do pediatra.

Assim:

$$230,00 (\text{SH}) + 102,00 (\text{SP}) + 5,00 (\text{SADT}) + 20,00 (\text{RN}) + 38,00 (\text{Anest.}) + 5,00 (\text{Ped.}) = 400,00 (\text{VTR})$$

$$\text{VTR} - \text{Valor Total a Recolher} = \text{R\$ } 400,00$$

**Observação:** Se o hospital for referência do Programa de Humanização ao Parto, lançar na AIH o código 95.002.01.4 e 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 02:** Foi sugerido glosa total de uma Broncopneumonia em pediatria (76.300.08.0). Deverá ser verificado no Demonstrativo de AIH Pagas o total pago ao hospital, ou seja: SH + SP + SADT (+ Sangue + OPM, se houve uso) = Valor Total a ser Recolhido (VTR).

Assim:

$$149,34 \text{ (SH)} + 29,24 \text{ (SP)} + 14,77 \text{ (SADT)} = 193,32 \text{ (VTR)}$$

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.

**Glosa Parcial** (mudança de procedimento): Verifica-se o Valor Total do Procedimento Pago (VT Proc.1), subtrai-se pelo valor total do procedimento sugerido (VT Proc.2) e encontra-se o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VTR} = \text{VT Proc. 1} - \text{VT Proc. 2}$$

**Exemplo 01:** 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:

$$\text{Proced. (1): } 253,03 \text{ (SH)} + 64,26 \text{ (SP)} + 40,00 \text{ (Anest.)} + 23,16 \text{ (SADT)} = 380,45$$

$$\text{Proced. (2): } 191,86 \text{ (SH)} + 52,37 \text{ (SP)} + 50,00 \text{ (Anest.)} + 8,60 \text{ (SADT)} = 302,83$$

$$\text{VTR} = 380,45 - 302,83 = 77,62$$

**Exemplo 02:** Foi sugerida mudança de procedimento de Pneumonia em Criança (76.300.07.2) para 1.º 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 1.º Atendimento em Pediatria.

Assim:

Proced.(1): 149,34 (SH) + 29,24 (SP) + 14,77 (SADT) = 193,32

Proced.(2): 22,45 (SH) + 9,91 (SP) + 8,02 (SADT) = 40,38

VTR = 193,32 – 40,38 = 152,94

Glosa em AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da AIDS e Procedimentos Seqüenciais de Neurocirurgias.

Estes procedimentos são especiais, e, deve ser observado o seguinte:

**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.

**Politraumatizado** (39.000.00.1) – Procedimento Seqüencial em Neurocirurgia (40.290.00.0) - Cirurgias Corretivas Seqüenciais Pós Gastroplastias (33.000.00.8).

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.

**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 VRS (Valor a Recolher do Serviço Hospitalar). Acrescenta-se a este, o valor do SP mais o valor da anestesia, mais o valor do SADT, encontrando-se assim, o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

$$\text{VTR} = \text{VRS}H (\% \text{ do SH}) + \text{SP} + \text{Anes.} + \text{SADT}$$

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

$$\text{VTR} = (75\% \text{ de } 113,94 [\text{SH}]) + 44,78 (\text{SP}) + 1,91 (\text{SADT}) + 30,00 (\text{Anest.}) =$$

$$\text{VTR} = 85,45 + 44,78 + 1,91 + 30,00 = 162,14$$

$$\text{VTR} = 162,14$$

### **Glosa de Diária de UTI 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 04 (quatro) diárias de UTI. A auditoria constatou que o paciente permaneceu na unidade apenas 02 (dois) dias. Foi sugerida a glosa das duas últimas diárias.

Glosar 01 (uma) diária com base no 1.º valor e 01 (uma) diária com base no 2.º valor.

$$\text{VTR} = (\text{SH} + \text{SP} + \text{SADT} [1^\circ \text{ valor}]) + (\text{SH} + \text{SP} + \text{SADT} [2^\circ \text{ valor}])$$

$$\text{VTR} = 137,00 + 70,04 = 207,04$$

$$\text{VTR} = 207,04$$

### **Glosa de Diária de UTI II e III**

A única diferença em relação à descrita anteriormente é com relação ao valor que é sempre o mesmo, não diminui após o 3.º dia. Portanto, deverá ser glosado o valor constante da Tabela x o número de diárias glosadas.

### **Procedimentos de Alto Custo**

Os procedimentos e componentes especiais são cobrados nos Campos Procedimentos Especiais e Atos Médicos e são pagos no componente Serviços



Hospitales e Serviços Profissionais. Todos os procedimentos e componentes especiais encontram-se no Anexo II da Tabela de Procedimentos.

Exemplo: Foram cobradas 02 (duas) tomografias computadorizadas (TC) de crânio e coluna (97.013.02.1). A auditoria constatou a comprovação de apenas 01 (um) exame. Foi sugerido o pagamento de apenas 01 (um) TC (97.013.01.3).

$$VTR = 173,50(2TC) - 86,75 (1TC) = 86,75$$

$$VTR = 86,75$$

### **Hemoterapia**

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

**Exemplo:** Foram cobrados na AIH, 02 (dois) frascos de sangue total (94.007.01.2) + 02 (dois) frascos de plasma individual (94.005.01.0) e 04 (quatro) vezes o módulo transfusional (94.020.01.9). A auditoria constatou a prescrição de apenas 02 (dois) frascos de sangue total. Foi sugerida a glosa de 02 (dois) frascos de plasma individual.

Valor recebido (VR) = (13,74 X 2 [sangue]) + (13,74 X 2 [plasma]) + (5,39 X 4 [transf.])

$$VR = 27,48 + 27,48 + 21,56 = 76,52$$

$$VTR = (13,74 X 2) + (5,39 X 2) = 27,48 + 10,78 = 38,26$$

$$VTR = 38,26$$

### **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 12 (doze) parafusos corticais (93.398.02.6) e 01 (uma) placa de alto compressão, largura 15 mm e comprimento acima de 220 mm. A auditoria sugeriu a glosa de 02 (dois) parafusos corticais e mandou pagar 01 (uma) placa de alta compressão, largura 15 mm e comprimento até 150 mm (93.395.05.1).

$$VR = (9,05 X 12) + 77,24$$

$$VR = 108,60 + 77,24 = 185,84$$

$$VTR = (9,05 X 2) + (77,24 - 45,39)$$

$$\text{VTR} = 18,10 + 31,85 = 49,95$$

$$\text{VTR} = 49,95$$

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 destes 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 01 (um) dia, portanto os valores constantes nas colunas SH, SP e SADT equivalem a um dia de internação.

**Exemplo:** de Glosa Total

$$\text{VTR} = \text{n.º de diárias (cobradas)} \times \text{Valor da diária}$$

$$01 \text{ diária} = \text{SH} + \text{SP} + \text{SADT}$$

$$01 \text{ diária} = 10,10 (\text{SH}) + 1,96 (\text{SP}) + 0,53 (\text{SADT})$$

$$01 \text{ diária} = 13,59$$

Assim: Foi cobrada uma AIH com o procedimento Internação para Radioterapia (85.300.82.9), cujo tempo de permanência foi de 10 (dez) dias. Na auditoria foi constatada ausência de Prontuário Médico, o que motivou a glosa total da AIH.

$$\text{VTR} = 10 \times 23,08$$

$$\text{VTR} = 230,80$$

**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 (vinte) dias. Na auditoria foi constatado que o paciente permaneceu internado apenas 10 (dez) dias.

VTR = Valor recebido - Valor devido  
Proced. = 51,48 (SH) + 4,63 (SP) + 5,80 (SADT) = 61,91  
Valor recebido = 61,91 X 20 = 1.238,20  
Valor devido = 61,91 X 10 = 619,10  
VTR = 1.238,20 – 619,10 = 619,10  
VTR = 619,10

### **Glosa em Transplante e Retransplante**

Deverá ser observado, antes do cálculo, que nestes 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.

### **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 10 (dez) diárias de acompanhante para Paciente Idoso, com pernoite. A auditoria constatou a ausência da solicitação e autorização das diárias. Sugeriu glosa das 10 (dez) diárias.

VTR = Valor da diária X 10  
VTR = 6,00 X 10 = 60,00  
VTR = 60,00

### **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 04 (quatro) diárias de RN. A auditoria sugeriu a glosa de 02 (duas) diárias.

Valor da diária = 11,62  
Valor recebido = 11,62 X 4 = 46,48  
VTR = VR (valor recebido) – VD (valor devido)  
VTR = 46,48 – 23,24 = 23,24  
VTR = 23,24

### **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 02 (duas) diárias de permanência a maior. A auditoria glosou as 02 (duas) diárias.

Valor da diária = 13,28  
VR = 13,28 X 2 = 26,56  
VTR = 26,56

### **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).

## **4.2 NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS**

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.

VR = R\$ 7,47 X 400 = R\$ 2.988,00

Valor a ser glosado  
VD = R\$ 7,47 X 200 = R\$ 1.494,00  
VTR = R\$ 2.988,00 - R\$ 1.494,00  
VTR = R\$ 1.494,00

**Exemplo 2:** Em uma Unidade Prestadora de Serviços foi observado o registro do procedimento 03.022.06.4 – Raspagem, Alisamento e Polimento por Hemiarcada, sendo cobrado por unidade dentária, para 35 pacientes adultos. Foram cobrados 1.120 procedimentos.

VR = R\$ 1,24 X 1.120 = R\$ 1.388,80  
Valor a ser glosado  
VD = R\$ 1,24 X 980 = R\$ 1.215,20  
VTR = R\$ 1.388,80 - R\$ 173,60 = R\$ 1.215,20  
VTR = R\$ 1.215,20

**Exemplo 3:** Foi constatada a cobrança de 330 procedimentos 13.031.02.3 – Radiologa 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.

VR = (R\$ 7,40 X 330) + (R\$ 37,36 X 330)  
VR = R\$ 2.422,00 + R\$ 12.328,80 = R\$ 14.770,00  
VD = R\$ 14.770,00 – R\$ 2.422,00 = R\$ 12.328,80  
Valor a ser glosado  
VTR = R\$ 14.770,00 - R\$ 12.328,80 = R\$ 2.442,00  
VTR = R\$ 2.442,00

**Exemplo 4:** Foram cobradas 13 (treze) sessões de Hemodiálise II (código 27.031.18.7). A auditoria constatou a realização de apenas onze sessões.

VR = (R\$ 102,94 X 13) = 1.338,22  
VR = R\$ 1.338,22  
VD = R\$ 1.338,22 - R\$ 205,88  
Valor a ser glosado  
VTR = R\$ 1.338,22 - R\$ 205,88  
VTR = R\$ 1.132,34



---

## 5 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

### 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) FIDEPS

Trata-se do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Superior utilizado para os Hospitais de Ensino integrantes do SIH/SUS.

### c) IVH-E

Trata-se do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência.

### d) 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.

### e) Prontuários

Todo prontuário médico deverá ser arquivado no mínimo por 10 (dez) anos e nos casos de hospitais maternidade, os prontuários de parto deverão ser arquivados por 21 (vinte e um) 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 1.331/89.

### f) Responsabilidade

A direção do Hospital responderá civil e criminalmente pelas informações contidas nos meios magnéticos que possam gerar pagamentos indevidos, além das penalidades administrativas previstas para o Hospital, cabendo ao Gestor do SUS adotar as medidas para o cumprimento deste item.

### g) Fundamentos legais

Ordem de Serviço DCSA n.º 199, de 16/04/92; PT/SAS n.º 134/94, de 22/08/94; artigo 37, Parágrafo 6. da Constituição de 1988; Resolução CFM n.º 1342/91, de 08/03/91 e Cláusula Contratual do Contrato assinado entre o Gestor e o Prestador de Serviço.

h) O parágrafo 6.º artigo 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”.

Normalização, revisão, editoração e impressão  
EDITORA MS  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
E-mail: editora.ms@saude.gov.br  
Brasília – DF, abril de 2002  
OS 0536/2002