

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 desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª Edição – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento Nacional de Auditoria do SUS

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

SEPN 511 – Bloco C – 5º andar – Asa Norte – Brasília – DF

CEP: 70750-543

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

Equipe responsável:

Haley Maria de Sousa Almeida (Coordenadora Gera); 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 (SIG) / Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

ISBN85-334-0553-7

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

NLMW 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. Subsidiaria 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 Freqüência 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

UNIDADE CADASTRAL		NOME DA UNIDADE		CNPJ		MUNICÍPIO		ESTADO	
UNIDADE CADASTRAL	300455000100	NATUREZA HOSP	H	LEITOS	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
NOME DA UNIDADE	HOSPITAL DE SAUDE DE	UNIDADE	01	UNIDADE	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
ARTIGO	01	UNIDADE	01	UNIDADE	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
UNIDADE	01	UNIDADE	01	UNIDADE	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
CNPJ	300455000100	MUNICÍPIO	01	ESTADO	01	ESPECIAL	08	ESPECIAL	08
MUNICÍPIO	01	ESTADO	01	ESPECIAL	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
ESTADO	01	ESPECIAL	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08	ESPECIAL	08
ESPECIAL	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08
TOTAL	08	ESPECIAL	08	TOTAL	08	ESPECIAL	08	ESPECIAL	08

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

SUS/FNS		MINISTÉRIO DA SAÚDE		SECRETARIA DE SAÚDE		DATASUS - DEPTO. DE INFORMÁTICA DO SUS		22/09/98																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
PAG. 11628		LIMIAH1176		FLS. 175		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO 0375 - 200596																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
		HOSPITAL		83806250001 82																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ESP	NUM. AIH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

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.^a coluna (ID):

Representa a identificação da AIH. O número 1 significa utilização da AIH inicial; o número 3 é empregado para a(s) AIH(s) de continuação, toda vez que for preenchido totalmente o campo Serviços Profissionais da AIH inicial, o que só poderá ser repetido 5 vezes ou seja: 14 linhas do campo da 1.^a AIH e mais 5 vezes as 14 linhas das AIHs de continuação, perfazendo um total de 84 lançamentos; o número 5 significa AIH de Longa Permanência;

4.^a coluna (PROCED):

É o procedimento que foi pago, relativo àquela AIH;

5.^a coluna (ALTA):

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

6.^a coluna (UTI):

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

7.^a coluna (AC):

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

8.^a coluna (SERV. HOSP.):

É o valor pago a todos os Serviços Hospitalares (SH) relativos a material, medicamentos, taxas e serviços de hotelaria. É comum o aparecimento de AIH com procedimentos iguais e diferentes valores pagos pelos SH. Os serviços hospitalares são onerados, sempre que são utilizadas "diárias de UTI, diárias de acompanhante, permanência a maior, diárias de recém-nato, procedimentos especiais de alto custo";

9.^a coluna (SERV. PROF.):

É o valor pago por todos os Serviços Profissionais (SP) utilizados durante a internação, sejam médicos e/ou odontológicos, em que tenha sido prestado

atendimento ao paciente, independente da especialidade. Os valores dos SP são onerados sempre que for utilizada “permanência a maior e diárias de recém-nato”. Dessa forma, a coluna pode apresentar valores diferentes para AIH com procedimentos iguais;

10.^a coluna (PTOS.):

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

11.^a coluna (SADT):

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

12.^a coluna (PTOS.):

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

13.^a coluna (SANGUE):

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

14.^a coluna (OPM):

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

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

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

FRENTE-EMPRESA		FUNÇÃO NACIONAL DE SAÚDE		DADOS - DÍGITO DE IDENTIFICAÇÃO DE SUS		RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO E OPM UTILIZADAS		PÁG. 1067	
INSCRIÇÃO	LEGIPLANS	SIN	SUS	PROC.	COMPETÊNCIA	OPM	QUANTIDADE	HOSPITAL	NOTA FISCAL
031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	1	ELABORAÇÃO DE PRESS. LABORATORIAL	IPMM - HOSP. E
031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	2	FARMAC. CORTIC. D. M. D. C. J. S.	MATER. 001341
031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	031444330-00	3	FARMAC. CORTIC. D. M. D. C. J. S.	IPMM - HOSP. E

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 - SIHSUS - Janeiro a março/05
Frequência, Diárias de UTI, Valor Total, Óbitos, Permanência por Procedimentos Realizados

Procedimento Realizado	Freq.	Val. Tot.	Val. Médio	Med. Perm.	Óbitos	Diárias UTI
230000 - LACTACAO NO CEN. PEDIATROLOGICO E NEONATOLOGICO DE PEDIATRIA	247	20.891,25	84,58	1,2	5	0
120000 - NEU. C/ENFERMAGEM	277	141.961,51	512,48	6,9	25	1.568
620000 - TRATAMENTO MEDICACIONAL EM UTI ADULTA	77	90.000,00	1.168,83	16,7	0	0
220000 - LACTACAO EM NEONATOS	0	0,000,00	0,000	0,0	0	0,00
TOTAL:	324	314.452,76	969,81	34,8	25	1.568

- 1.^a coluna:
Procedimentos Realizados – Código e nome do procedimento;
- 2.^a coluna:
Freq. – Informa a frequência dos procedimentos (Quantidade);
- 3.^a coluna:
Val. Tot. – Informa o valor total pago por procedimentos;
- 4.^a coluna:
Val. Médio – Informa o valor médio por procedimentos;
- 5.^a coluna:
Méd. Perm. – Informa a média de permanência por procedimento;
- 6.^a coluna:
Óbitos – Informa o número de óbitos ocorridos por procedimentos;
- 7.^a coluna:
Diárias UTI – Informa o n.º de diárias de UTI pagas por procedimentos.

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. 09/2001

N.º AIH	NASC	SEXO	PROC. REA	VAL. TOT.	DT. INTER	DT. SAÍDA	DIAS PERM.	COBRANÇA	IDADE
2022977912	8902109	3	38052148	713,00	20010724	20010927	3	12	28
2022977945	8901123	3	38052148	713,00	20010724	20010724	3	12	38
2022977947	8710920	1	38052148	713,00	20010810	20010814	4	12	26
2022977950	8901214	1	38052148	713,00	20010830	20010810	4	12	2
2022977980	8750120	1	38052148	713,00	20010813	20010818	3	12	20
2022977984	8730310	1	38052144	1788,00	20010725	20010731	5	12	23
2022977988	8530722	1	38052144	1788,00	20010727	20010821	5	06	40
2022977970	8590730	1	38052144	1788,00	20010725	20010728	3	85	09
2022977985	8590730	3	38052144	1788,00	20010725	20010731	5	85	01

Questo é Relação gerada em planilha do EXCEL através dos dados disponibilizados pelo MS/DATASUS.

No exemplo acima foram selecionados os campos:

1.^a coluna:

N. AIH – Informa o número da AIH;

2.^a coluna:

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

3.^a coluna:

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

4.^a coluna:

PROC. REA – Informa o código do procedimento realizado;

5.^a coluna:

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

6.^a coluna:

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

7.^a coluna:

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

8.^a coluna:

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

9.^a coluna:

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

10.^a coluna:

IDADE – Informa a idade do paciente.

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	PROCVTI
10.200.555/0001-20	1932665392	30001010	19950310	19950324	617	99003015
10.200.555/0001-20	1932665316	33010050	19950325	19950326	617	99003010
10.200.555/0001-20	1932665390	40029010	19950317	19950324	617	973 3010
10.200.555/0001-20	19326651210	39003170	19950320	19950326	617	99003010
10.200.555/0001-20	1932664534	33003100	19950326	19950327	617	1
10.200.555/0001-20	1932664842	33004080	19950320	19950327	617	99003015
10.200.555/0001-20	1932665290	42004080	19950324	19950326	617	1
10.200.555/0001-20	1932665290	42004080	19950320	19950320	617	2
10.200.555/0001-20	1932665115	42011010	19950418	19950421	617	2
10.200.555/0001-20	1932665326	33005050	19950122	19950124	617	2
10.200.555/0001-20	1932665348	42004080	19950130	19950202	617	2
10.200.555/0001-20	1932665356	33011064	19950203	19950508	617	5
10.200.555/0001-20	1932665381	33001081	19950224	19950325	617	99003155
10.200.555/0001-20	1932665392	40222010	19950310	19950328	617	99003059

VALPROC

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;

D TSAÍDA - Data da Saída;

NUMPR - Número do Processamento;

PROCVTI - Procedimentos Especiais + Diárias de UTI;

VALPROC - Valor do Procedimento.

No exemplo foram selecionados os seguintes campos:

1.^a coluna:

CGC HOSP – Informa o número do CGC do hospital;

2.^a coluna:

Nº AIH - Informa o número da AIH;

3.^a coluna:

PROC REA – Informa o código do procedimento realizado;

4.^a coluna:

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

5.^a coluna:

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

6.^a coluna:

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

7.^a coluna:

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)

10002064182301500				BANCO/CONTA CORRENTE		CGC/OU CPF			
BDD00-000 FLORIANÓPOLIS				COMPLETENCIA		%. DO DISCR. 2	PL USO DO DATASUS 41239	UF 20/90	
NUM-AIH		PTOS.	VALOR TOTAL	NUM- AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM- AIH	PTOS.	VALOR TOTAL
HOSP 000-0020-000-90 -RCC 39.									
SF		H 16452							
57085373		ATT-SP	20,00						
59085304		SP	0,34						
59085304		ATT-SP	20,00						

Quando o “contracheque” se refere somente ao hospital preste

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 sanguínea, 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 subsequentes ao ATT-RN são pagos por consultas, no valor de R\$ 5,00 para a 1.^a consulta e 18 pontos para cada dia de visita, a partir da 2.^a consulta do pediatra;
- Se tiver sido utilizada uma OPM, o número da AIH é acompanhado do mês da alta do paciente, do código da OPM empregada, da quantidade utilizada e do número da nota fiscal.

2.^a coluna:

Número de pontos correspondentes ao atendimento prestado na internação.

3.^a coluna:

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

- O valor dos serviços produzidos é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SP;
- O valor dos SADT é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SADT;
- Observa-se que sangue, OPM e 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)

BANCO/CONTA CORRENTE 00160 EMPRESA/UNIDADE				CÓDIGO COMPETÊNCIA SIND			CÓD OU CPF 228.005.282/001-52		
BANCO/CONTA CORRENTE FLORIANÓPOLIS				COMPETÊNCIA SIND			Nº DO DISC. 9		
UF SC				VALOR TOTAL			DATA DO DATA DO DATA		
NUM AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM AIH	PTOS.	VALOR TOTAL	
408P-895106	DECT01	22	PROT.						
1502704-70	01	2,18							
1502704-54	02	1,00							
1502704-51	ATT RN	20,00							
1502704-648	04	20,00							
1502704-68	211	2,00							
1502704-70	211.11	4,00							

MS/SUS – DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

			FUNÇÃO/CONTÁBIL CORRESPONDENTE			CÓDIGO CEF		
			COMPETÊNCIA			Nº DO DISCR.		
			30/07			21020180420		
NUM. A/R	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM. A/R	PTOS.	VALOR TOTAL	NUM. A/R	PTOS.	VALOR TOTAL
HOSP 838.882.060/004-70	PROC. 306							
SP 0.15176	SADT	0,27813						
506246442	20	0,50						
606060001	777	420,25						
806235900	ALTA	0,06						
8301075.01 80116		516,96						

Linha 10 - No caso de OPM, vem discriminados: nº da A/R, aba, código, quantidade, nº da nota e seu 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

					FUNÇÃO/CONTÁBIL CORRESPONDENTE			CÓDIGO CEF		
					30/07			21020180420		
					COMPETÊNCIA			Nº DO DISCR.		
					30/07			21020180420		
NUM. A/R	CAUSAL	VAL. MÍN.	VAL. MÁX.	VAL. REAL	NUM. A/R	PTOS.	VAL. REAL	NUM. A/R	PTOS.	VAL. REAL
8301075.01	002	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	003	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	004	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	005	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	006	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	007	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	008	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	009	0,00	0,00	0,00						
8301075.01	010	0,00	0,00	0,00						

Linha 10 - No caso de OPM, vem discriminados: nº da A/R, aba, código, quantidade, nº da nota e seu valor.

- 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	
APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMILES COMEÇANDO		TOTAIS DO ESTADO - 20	
		PROCESSAMENTO - 01/01 - 16/07/06	
HOSPITAIS DE ÓRGÃOS MUNICIPAIS			
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	48.841,47	VALOR TOTAL APRESENTADAS	488
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	11.141,11	VALOR TOTAL APRESENTADAS	156
VALOR TOTAL SAOT	2.632,74	TOTAL DE APRESENTADAS	156
VALOR TOTAL	12.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	2
VALOR TOTAL POR DIA	414,10	TOTAL DE APRESENTADAS	1,3
		TOTAL DE APRESENTADAS	4,1%
		TOTAL DE APRESENTADAS	66,17%
HOSPITAIS DE ENTIDADES FILANTROPICAS			
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	1.012.014,24	TOTAL DE APRESENTADAS	11.300
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	12.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	156
VALOR TOTAL SAOT	11.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	2.300
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	11.012,97		
VALOR TOTAL POR DIA	11.012,97	VALOR TOTAL POR DIA	2,85
VALOR TOTAL	12.012,97	VALOR TOTAL	1,68%
VALOR TOTAL POR DIA	11,12	VALOR TOTAL POR DIA	11,12
		TOTAL DE APRESENTADAS	3
		TOTAL DE APRESENTADAS	2,12%

Quadro 1 - 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 SIMILES COMEÇANDO	
		TOTAIS DO ESTADO - 20	
		PROCESSAMENTO - 01/01 - 16/07/06	
HOSPITAIS CONTRATADOS			
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	1.012.014,24	TOTAL DE APRESENTADAS	11.300
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	12.012,97	VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	156
VALOR TOTAL SAOT	11.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	17.045
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	11.012,97		
VALOR TOTAL	12.012,97	VALOR TOTAL	1,41%
VALOR TOTAL POR DIA	11,12	TOTAL DE APRESENTADAS	11,12
		TOTAL DE APRESENTADAS	156
		TOTAL DE APRESENTADAS	1,1%
		TOTAL DE APRESENTADAS	0,11%
HOSPITAIS DE ÓRGÃOS ESTADUAIS			
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	1.012.014,24	TOTAL DE APRESENTADAS	11.300
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	12.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	156
VALOR TOTAL SAOT	11.012,97	VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	1,1%
VALOR TOTAL DE APRESENTADAS	11.012,97		
VALOR TOTAL	12.012,97	TOTAL DE APRESENTADAS	11
VALOR TOTAL POR DIA	11,12	VALOR TOTAL POR DIA	4,9
		VALOR TOTAL POR DIA	1,7
		TOTAL DE APRESENTADAS	271

Quadro 12 - Cada quadro representa um grupo de hospitais e a soma da coluna

TOTAIS DO ESTADO - 20
PROCESSAMENTO - 2004 - BIRMG
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO/FIDEPS

VALOR TOTAL DE SERVIÇOS PRESTADOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	154.415,46	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20

TOTAL GERAL DE TODAS AS NATUREZAS

VALOR TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS PRESTADOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20
VALOR TOTAL SERVIÇOS	1.462.192,14	TOTAL DE HOSPITAIS PRESTADOS	20

Quadro 13 - Apresentação dos dados por tipo de natureza dos HUI.

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 indicio 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 DISTRITO FEDERAL DE FORTIFICAÇÃO Nº 88							
FRENTE ATUANTE		RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR				914-808	
PÁG. 01							
CGC DO HOSPITAL	OR	NAT	DATA EMIS.	ÓRGÃO EMIS.	VALOR	OBSERVAÇÃO	
0011380100114	PRCO-10000	01	12/10/06	0000000	110,00	C/ 35% (R\$ 38,50)	
0011380100114	PRCO-10000	01	12/10/06	0000000	257,00	C/ 35% (R\$ 84,97)	
0011380100114	PRCO-10000	01	12/10/06	0000000	200,00	C/ 35% (R\$ 64,00)	
0011380100114	PRCO-10000	01	12/10/06	0000000	110,00	C/ 35% (R\$ 35,75)	
0011380100114	PRCO-10000	01	12/10/06	0000000	110,00	C/ 35% (R\$ 35,75)	
TOTAL ESTADO	OT. OR CUIT.	5	VALOR QUITADO:		4.134,84		
	OT. GR. PENC.	1	VALOR PENDENTE:		134,42		

Quadro 14 - Planilha demonstrativa dos descontos das ordens de recebimento.

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 DISTRITO FEDERAL DE FORTIFICAÇÃO Nº 88		UF: DF		SI: 808			
FRENTE ATUANTE		CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERV. AUX. DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA ATUALIZADOS DE 01/10/06				PÁG. 1	
LENTER 12 22/05/06 22/05/06-01							
DIAGNÓSTICO E TERAPIA	PROFISSIONAL	TIPO	LOGRADOURO	Nº	CID		
NUMERO DA CONTA = 78324	TIPO = 07	LOGRADOURO =	CID =				
ESTADO = 20	ULT. ATUALIZ = 15/06/06	GEN =	TIPO = 07				
22601580-34	CATEGORIA = 100106	LOGRADOURO =	Nº = 304				
CÓDIGO DO BANCO =	ESPECIALIZADO = 04	COMPLEMENTO =	APTO. 304				
NUMERO DA CONTA = 78324	TIPO = 07	COMPLEMENTO =	DIAGNÓSTICO E TERAPIA				

Quadro 15 - Cadastro atualizado do prestador.

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 DETA.S.S. - TIPO.S DE MEDICAMENTOS		RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGAS			
UNIDADE(S)US SIH-SIUS	LSM/HAB/RS	PROC. 0380	COMPETÊNCIA:0595		
SIH	QTD	VALOR PAGO	PERCENT	COMPL	
23201280	103	1477,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H 304H	
23201281	272	2826,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H	
23201285	292	1.050,00	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H 304H	
23201288	298	4.070,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H	
23201292	143	2.862,00	1,00%	FARMACUS OPTICAL 304H	
23201297	143	2.862,00	1,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H 304H	
23201298	50	1.050,0	1,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H	
23201480	28	274,8	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H 304H	
23201491	13	1.700,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H	
23201510	11	2.700,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H 304H 304H	
23201281	28	1.050,0	0,00%	FARMACUS OPTICAL 304H	

Quantidade discriminada OPM pagas 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 ambulatórios, 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

MUNICÍPIO		CADERNIA		Data: 21/05/2010		
CADERNIA		CADERNIA		Pag. 1 de 1		
UNIDADE DE SAÚDE						
Nome Social:	ASSIST. AMBULATORIAL DE SAÚDE DE	Unidade:	10001			
Nome fantasia:	ASSIST. AMBULATORIAL DE SAÚDE DE	Código:	10000			
CNPJ:	00.000/00000					
DADOS CADASTRAIS						
Região de Saúde:	001	Grupo:	001			
Dist. Saúde:	000	Atividade:	00001			
Logradouro:	00000 (CADERNIA 000)	Conta Corrente:	000000000			
Bairro:	000	Emissão:	000			
Participante:		Dependente 1:	000			
Nome:	PLANO PLANO	Nº Contrato:	00000000			
CNP:	00000000	Data Contrato:	00000000			
Código Município:	0000	Data Fim:	00000000			
Nome:	00000000	Data FPO:	00000000			
COD:	0000	Data Cadastro:	00000000			
Teléfono:	00000000	Data Última Atualização:	00000000			
CARACTERÍSTICAS DE PRESTADO						
Tip. de Unidade:	00 - AMBULATORIO DE UNIDADE HOSPITALAR	Quant. Consultas Médicas:	000			
Tip. de Prestador:	00 - UNID. VINCULADA A ORGANIZ.	Quant. Equipes odontológicas:	000			
Forma Atividade:	00 - ATEND. COMPLETO (em 7 dias por semana)	Quant. salas de exames:	00			
Forma Contrato:	00 - ATEND. CLIENTELA DE PROCUA ORÇETA E REP.	Quant. salas para consultas:	00			
Form. de Atividade:	00	Quant. salas para exames:	00			
ATIVIDADES DE SAÚDE						
ATIVIDADES DE SAÚDE	NOME		NOME		PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES	
COD. ATIVIDADE	QUANT.	UNID.	ANEXO	UNID. UNID.	QUANT.	UNID. UNID.
01 - ATENDIMENTO	00	000	00 - 000	AMBULATORIAL	00	0000
02 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	000	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
03 - ATENDIMENTO	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
04 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
05 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
06 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
07 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	0	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
08 - SERVIÇOS DE SAÚDE	4	000	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
09 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
10 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
11 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
12 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
13 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
14 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
15 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
16 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
17 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
18 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
19 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
20 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
21 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
22 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
23 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
24 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
25 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
26 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
27 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
28 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
29 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
30 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
31 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
32 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
33 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
34 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
35 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
36 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
37 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
38 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
39 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
40 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
41 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
42 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
43 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
44 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
45 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
46 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
47 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
48 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
49 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
50 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
51 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
52 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
53 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
54 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
55 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
56 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
57 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
58 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
59 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
60 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
61 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
62 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
63 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
64 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
65 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
66 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
67 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
68 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
69 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
70 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
71 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
72 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
73 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
74 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
75 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
76 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
77 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
78 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
79 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
80 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
81 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
82 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
83 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
84 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
85 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
86 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
87 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
88 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
89 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
90 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
91 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
92 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
93 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
94 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
95 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
96 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
97 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
98 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
99 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000
100 - SERVIÇOS DE SAÚDE	0	00	00 - 000	AMBULATORIAL	00	00000000

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

		CADSA				Data: 31/08/2016	
MUNICÍPIO DE BRÁSILIA		ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO				Página: 1	
Estado: DF - GOVERNO FEDERAL				Município: BRÁSILIA			
Unidade: Hospital, Departamento de Brasília		Hospital, Departamento de Brasília		Código: 11001			
COC: 0000114-0000-00							
COMPETÊNCIA:				ANO:			
12/0000				12/0000			
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA POR PROCEDIMENTOS DE FUNDAMENTAÇÃO							
F I S I C A				O R Ç A M E N T Á R I A			
Comp.	Programado	Aprovaado	Aprovado	Programado	Aprovaado	Aprovado	Ajuda
12/000	8.475	8.740	8.740	R\$4.865,00	R\$5.887,12	R\$5.887,12	R\$0,00
11/000	8.088	7.000	7.000	R\$4.887,00	R\$5.852,04	R\$5.852,04	R\$0,00
02/0000 UNIDADE ORÇAMENTÁRIA							
F I S I C A				O R Ç A M E N T Á R I A			
Comp.	Programado	Aprovaado	Aprovado	Programado	Aprovaado	Aprovado	Ajuda
12/000	10.484	8.408	8.408	R\$24.762,00	R\$16.818,78	R\$16.818,81	R\$0,00
11/000	10.471	12.080	12.080	R\$22.881,00	R\$23.837,38	R\$23.837,38	R\$0,00
03/0000 UNIDADE ORÇAMENTÁRIA							
F I S I C A				O R Ç A M E N T Á R I A			
Comp.	Programado	Aprovaado	Aprovado	Programado	Aprovaado	Aprovado	Ajuda
12/000	3.112	3.027	3.027	R\$4.232,00	R\$4.194,08	R\$4.194,08	R\$0,00
11/000	1.876	1.876	1.876	R\$2.578,00	R\$2.578,18	R\$2.578,18	R\$0,00
04/0000 UNIDADE ORÇAMENTÁRIA							
F I S I C A				O R Ç A M E N T Á R I A			
Comp.	Programado	Aprovaado	Aprovado	Programado	Aprovaado	Aprovado	Ajuda
12/000	4.088	4.548	4.548	R\$9.037,00	R\$9.243,08	R\$9.243,08	R\$0,00
11/000	4.088	3.922	3.922	R\$9.037,00	R\$7.994,04	R\$7.994,04	R\$0,00
05/0000 UNIDADE ORÇAMENTÁRIA							
F I S I C A				O R Ç A M E N T Á R I A			
Comp.	Programado	Aprovaado	Aprovado	Programado	Aprovaado	Aprovado	Ajuda
12/000	12.088	12.076	12.082	R\$26.800,00	R\$27.264,08	R\$27.267,30	R\$0,00
11/000	9.088	8.788	8.782	R\$29.815,00	R\$28.587,52	R\$28.587,52	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										SASQUATUBUS		
SÍNTESE DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL - NOV/1999												
UNIDADE: GUZARAS - POLICLÍNICA COMUNITÁRIA SANTA RÚBIA												
Seq.º	Fl.	Seq.	Proced.	At.	Tp.	Gr.	Fc.	Qt. Aprov.	Vi. Autor.	Qt. Aprov.	Vi. Aprov.	Situação
00058	031	01	11011030	94	0	0	00	139	94,50	138	98,56	Anexo Ambulatorial
00059	031	02	11011049	34	8	0	00	160	30,00	130	80,00	Anexo Ambulatorial
00058	031	03	11011057	94	0	0	01	7	3,00	7	100,00	Anexo Ambulatorial

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 Gariri - Julho/2000				
Frequência Vi. Aprovada, Qt. Apresentada e Vi. Apresentada por Procedimento				
Procedimento	Qt. Aprov.	Vi. Aprov.	Qt. Apres.	Vi. Apres.
Total	146583	4.674.663,83	165544	4.667.471,83
320102 ACULER. LINEAR DE HÉLICOSSÉLULO (DAMP)	4037	724.880,00	4144	727.452,00
706304 HEMOCIA. ISE (MAXIUM 3 SES. REF. 50)	13577	980.795,60	13743	1.035.829,64
570125 CONSULTA EM CARDIOLOGIA	9547	22.652,20	10369	27.100,46
110521 TESTE TRIAB. NEONATA. ITEMP. ENLALAJ	4900	36.655,00	4900	36.655,00
110802 MÓDULO DA V. BILATERAL	4487	150.440,64	7097	211.854,44
570110 TRIAGEM CLÍNICA DE COMORB. DE SAN	4308	10.753,40	4908	10.750,40
570210 EXAUF. IM. VO. FENOTI. GIGOR	3767	37.670,00	3767	37.670,00
570110 PROCESSAMENTO DO SANGUE	3750	6.533,68	3750	6.533,68
570110 SOROLOGIA	3292	291.870,00	3292	298.275,00
570102 COL. A. DE SANGUE	3625	36.850,00	3625	36.850,00
110818 HORMÔNIO TIREOSTIMULANTE	2767	35.641,40	4368	57.337,20
110819 PSA (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO)	2787	32.691,61	2787	32.691,61
570510 PRÉ-TRANSFUSIONAL I	2430	20.700,07	2430	20.700,07
570510 PRÉ-TRANSFUSIONAL II	2433	14.719,05	2433	14.719,05
110102 HEMOGRAMA COMPLETO	2363	0.707,83	2363	0.707,83

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 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, 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: 0002333 - SANTA CASA		VAI IDADF: 01/08/2000 - 30/11/2000				
APAC: 0001341280-6		TIPO: CONTINUIDAD				
TIPO ATENDIM.: 27. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		RMS: 1313 05/12/2000				
FACIENTE: MACEIO DA SILVA CATARINA		MOT.COBRANÇA: 71 PERMANENCIA MESMA UPB MESMO PROCEDIMENTO				
PROCESSAMENTO: 11/2000		PRODUÇÃO: 11/2000 (517,27H)				
BLQ. PROG. AT.	Qt. Aprec.	VI. Aprec.	Qt. Aprov.	VI. Aprov.	Biblioteca	
01 2703104-7 25	10	1,0	8,54	13	1,0	APROVADO TOTALMENTE
02 2703105-8 25	1	0,0	0,0	1	0,0	APROVADO TOTALMENTE
03 1101104-1 35	1	1,0	1,0	1	1,0	APROVADO TOTALMENTE
04 1101106-6 35	1	1,0	1,0	1	1,0	APROVADO TOTALMENTE (NETO FINANCEIRO)
05 1101106-2 35	1	1,0	1,0	1	1,0	APROVADO TOTALMENTE
06 1101114-9 35	1	1,0	1,0	1	1,0	APROVADO TOTALMENTE (NETO FINANCEIRO)
07 1401147-8 35	4	4,0	4,0	4	4,0	APROVADO TOTALMENTE (NETO FINANCEIRO)
08 1101127-1 35	1	1,0	1,0	1	1,0	APROVADO TOTALMENTE
09 1101187-9 35	1	2,01	2,01	1	2,01	APROVADO TOTALMENTE
10 1101196-6 35	2	3,70	3,70	2	3,70	APROVADO TOTALMENTE
	20	1,026,25	20	1,026,25		

Permite o acompanhamento dos procedimentos realizados em Oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS), Medicamentos Excepcionais, Facectomia, Fotocoagulação à Laser; Facoemulsificação para implante de lente intra-ocular, Acompanhamento Pós Transplante, Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Radiologia Intervencionista, Arteriografias, Medicina Nuclear, Psiquiatria, Deficiência Auditiva, 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/2010

CAGE - 03 501 590006408			
RAZÃO SOCIAL: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE		IR.: N40	
LOGRADOURO: AV. MATO GROSSO		NUMERO: 409	
COMPLEMENTO:		BAIRRO: CENTRO	
CÓD. MUNIC.: 5002		CAMPUS: CAMPO GRANDE	
REG. SAÚDE: 901		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE	
DDD.: 067		TEL.: 382 6751	
AGÊNCIA: 00485		C/D: 000000765338	
		DT. PREENCH.: 15/08/10	
UNIDADE(S) MANTIDA(S)			
IDENTIF.	NOME FANTASIA	CD. MUN.	NOME MUNICÍPIO
0003123	C.S. DR. ARTHUR V. DIAS	500270	CAMPUS: CAMPO GRANDE
0003171	C.S. MATA DO JACINTO	500270	CAMPUS: CAMPO GRANDE
0003180	C.S. BUNIII	50027	CAMPUS: CAMPO GRANDE

Identifica a entidade mantenedora e unidades prestadoras de serviços vinculadas.

2.2.2 DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS

SESAU	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS	SASIDATA0810504			
08/04/2001	DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS - NOV/2000	08:21:57			
INÍCIO DAS MANUTENÇÕES DA REGIÃO DE SAÚDE - 001 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE					
SESAU	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS	SASIDATA0810504			
08/04/2001	DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS - NOV/2000	08:21:57			
CCCCOPF: 03.501.5070001-06 JURISDIÇÃO: IBETA I.M. RAZÃO SOC.: PREFEITURA MUN. DE CAMPO GRANDE ENDEREÇO: RUA 13 DE MAIO 1090 BAIRRO: MONTE LIDIANO MUNICÍPIO: CAMPO GRANDE-MS AGENCIA: 00048-3 C/C: 600000058045-7					
UNIDADE ORG. FLILAPAC	SEQ.	VALOR	UNIDADE ORG. FLILAPAC	SEQ.	VALOR
0003115 EPA 001	01	7,53-	0003115 EPA 002	01	16,32+
0003115 EPA 001	02	10,57-	0003115 EPA 003	02	28,76+
0003115 EPA 001	03	06,30-	0003115 EPA 003	03	12,24+
0003115 EPA 001	04	7,14-	0003115 EPA 003	04	9,16+
0003115 EPA 001	05	8,89-	0003115 EPA 003	05	20,4+
0003115 EPA 001	06	27,54-	0003115 EPA 003	06	7,74+
0003115 EPA 001	07	0,31-	0003115 EPA 003	07	81,20+
0003115 EPA 001	08	10.134,00-	0003115 EPA 003	08	48,02+
0003115 EPA 001	09	50,30-	0003115 EPA 003	09	32,74+
0003115 EPA 001	10	4,00-	0003115 EPA 003	10	24,48+
0003115 EPA 001	11	1,00-	0003115 EPA 003	11	27,46+
0003115 EPA 001	12	13,82-	0003115 EPA 003	12	47,28+
0003115 EPA 001	13	4,45-	0003115 EPA 003	13	25,46+
0003115 EPA 001	14	4,45-	0003115 EPA 003	14	4,08+
0003115 EPA 001	15	2,34-	0003115 EPA 003	15	8,16+
PRODUÇÃO	AJUSTE	BRUTO	IH.	LÍQUIDO	
14.702,31	0,00	14.702,31	0,00	14.702,31	

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

SESAU	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS	SASIDATA0810504			
08/04/2001	RELACIONO DE UNIDADES POR SERVIÇO - SET/00	08:23:25			
SERVIÇOS DE SAÚDE					
UNIDADE ORG. OR. JURE	SEQ.	MUNICÍPIO	SERVIÇO	PERÍODO	QUANTIDADE
0003115 EPA 001	00001	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	07/2000	120
0003115 EPA 001	00002	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	08/2000	120
0003115 EPA 001	00003	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	09/2000	120
0003115 EPA 001	00004	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	10/2000	120
0003115 EPA 001	00005	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	11/2000	120
SERVIÇOS - PERMANENTES					
UNIDADE ORG. OR. JURE	SEQ.	MUNICÍPIO	SERVIÇO	PERÍODO	QUANTIDADE
0003115 EPA 001	00001	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	07/2000	120
0003115 EPA 001	00002	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	08/2000	120
0003115 EPA 001	00003	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	09/2000	120
0003115 EPA 001	00004	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	10/2000	120
0003115 EPA 001	00005	CAMPO GRANDE	ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIOS	11/2000	120

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

2.2.4 RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS										SASIDATUS
PRODUÇÃO AMBULATORIAL – NOV/1999										
REGIONAL:										
UNIDADE: 0025043 – POLICLINICA COMUNITÁRIA SANTA ROSA										
Comp.	FI	Sq	Proced.	At	Tp	Gr	Fc	Qtdc		Situacao
0009	031	C1	C-011053	04	8	0	50	150		Em análise
0009	031	C2	C-011043	04	8	0	50	160		Em análise
0009	031	C3	C-011057	01	8	0	50	07		Atribuido Profissional não cadastrado no JPS

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 100101
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		EMISSÃO: 08/14/2001					
INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS		SESAU					
PREFEITURA MUN. DE CANFO GRANDE - FMS		VALORES EM REAIS					
NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CPF / CGC	BCD	AG	CC	VALOR	
ASSOC. JE FAS PRUOS BRASOURNUS	NANTE	06.125.710/001140	00	000866	20556	11642,00	
ASSOCIAÇÃO CENFTT BRASOURNUS	NANTE	00.150.114/001140	00	000406	20556	5.055,00	
ASSOCIAÇÃO DE AMEIA DE C. GRANDE	NANTE	06.072.693/001140	00	000967	20540	36.125,38	
ASSOCIAÇÃO DE ARDOSHENSENENS	NANTE	06.073.035/001140	00	000406	20556	26.355,97	
BRASOURNUS SERRALTA	NANTE	15.035.051/001140	00	000406	45.280,3	7.132,58	
SOMNED NUCLEAR SCLTDA	0007278	01.025.075/001140	00	000967	44.000,7	8.612,20	
TOTAL DA SECRETARIA						1944574,61	

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 à 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/neonatologista 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 cardíofetais, 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 velpau 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), fototrabeculoplastia a *laser*, iridotomia a *laser*, sinequiólise a *yag laser*, vitriólise a *yag laser*;
- Injeção intravítreo;
- A acuidade visual a *laser*, quando realizada, também é considerada procedimento monocular;
- Os procedimentos acima devem ser acompanhados dos respectivos laudos;
- Ecografia ocular em pré-operatório de catarata senil não deve ser realizada e a cobrança não pode ser solicitada, pois não se admite como exame pré-operatório, exceto quando ocorre fator estranho ao processo senil, como trauma, inflamação intra-ocular severa, o que deve ser previamente justificado;
- Nos procedimentos de fotocoagulação a *laser* deve haver um intervalo médio de 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 seção 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.

3.2.10HEMOTERAPIA

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 Frequência 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 Frequência Individual de Diálise; Laudo Médico para Emissão de APAC e Solicitação de Medicamentos Excepcionais (SME);
- Segundo as Portarias MS/SAS n.º 140 de 20/04/1999 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 Frequência Individual;
- A APAC Formulário será emitida somente para o procedimento 38.011.02.6 (procedimento principal). Os Procedimentos Secundários não necessitam da emissão de APAC I – Formulário, os mesmos serão cobrados na APAC II – Magnético, observando-se o limite das quantidades máximas permitidas, conforme consta na Portaria MS/SAS n.º 436/2000;
- 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 Frequência Individual.
- Para dispensação ambulatorial de órtese/prótese e meio auxiliar de locomoção, as unidades deverão seguir as normas constante da Portaria MS/SAS n.º 388/99, publicada no DOU 145, de 30.07.99;
- 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 VRSH (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).

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

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.

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

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

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

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

Hospitalares 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).

$$\text{VTR} = 173,50(2\text{TC}) - 86,75 (1\text{TC}) = 86,75$$

$$\text{VTR} = 86,75$$

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.

$$\text{Valor recebido (VR)} = (13,74 \times 2 [\text{sangue}]) + (13,74 \times 2 [\text{plasma}]) + (5,39 \times 4 [\text{transf.]})$$

$$\text{VR} = 27,48 + 27,48 + 21,56 = 76,52$$

$$\text{VTR} = (13,74 \times 2) + (5,39 \times 2) = 27,48 + 10,78 = 38,26$$

$$\text{VTR} = 38,26$$

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).

$$\text{VR} = (9,05 \times 12) + 77,24$$

$$\text{VR} = 108,60 + 77,24 = 185,84$$

$$\text{VTR} = (9,05 \times 2) + (77,24 - 45,39)$$

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

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

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 = $11,62 \times 4 = 46,48$
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 = $13,28 \times 2 = 26,56$
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 = $R\$ 7,47 \times 400 = R\$ 2.988,00$

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 – Radiologia da Articulação Escápulo-Umeral, em concomitância com o procedimento 09.021.07.8 – Tratamento de Fratura de Luxação Escápulo-Umeral com aparelho gessado tóraco-braquial.

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/SAWSE
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