

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA - DCAA**

MANUAL DE AUDITORIA TÉCNICO CIENTÍFICA

Brasília
1999

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
DEPARTAMENTO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA - DCAA**

MANUAL DE AUDITORIA TÉCNICO CIENTÍFICA

Grupo técnico responsável pela revisão/atualização (2ª edição)

Deildes de Oliveira Prado	Diretora do DCAA
Daiton da Siva Melo	SEAUD/RS
Leonor Hermínia Z. Brinoghenti	SEAUD/ES
Maria Lúcia de Freitas	SEAUD/AC
NelsonMoura da Silva	SEAUD/RS
Nivaldo Valdemiro Simão	DIC/ERE/SC
Maria Aparecida R. Amorim	DIC/ERE/PB
Tereza de Fátima Alecrim Coelho	SEAUD/PE
Vera Maria Sampaio Acevedo	DITEG/DCAA

Colaboradores:

Hagar Tavares Nery Formiga	DIAVAL/DCAA
Maria Elane de Souza Araújo	CGCAD/DCAA
Maria de Lourdes V. de Araújo	DIAAU/DCAA
Olga Amaral	DIAAU/DCAA

É permitida a reprodução total, desde que citada a fonte

Brasília
1999

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	04
I - INTRODUÇÃO	05
II - OPERACIONALIZAÇÃO	06
III - PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA	07
IV – AUDITORIA/AÇÕES ANALÍTICAS NO SIH/SUS	11
1 - AUDITORIA ANALÍTICA HOSPITALAR	11
V – AUDITORIA/AÇÕES ANALÍTICAS NO SIA/SUS	33
VI - AUDITORIA OPERATIVA	39
3.1 - AUDITORIA OPERATIVA HOSPITALAR	39
3.2 - AUDITORIA OPERATIVA AMBULATORIAL	52
VII - CÁLCULO DE IMPUGNAÇÃO	66
VIII - CORREÇÃO DAS DISTORÇÕES E/OU IRREGULARIDADES	78
IX - INFORMAÇÕES ADICIONAIS	80
1 - FORMA DE PAGAMENTO E RATEIO NA AIH	80
2 - APURAÇÃO DE DENÚNCIA	81
3 - TERMO DE DECLARAÇÃO	81
X - DISPOSIÇÕES GERAIS	83

APRESENTAÇÃO

Este manual técnico destina-se a orientar as atividades de Auditoria Técnico-Científica, do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, do Sistema Único de Saúde - SUS, buscando a uniformidade das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais do Sistema Nacional de Auditoria .

Norteando as ações e atividades de monitoramento e verificação analítica e operativa, aplica-se o seu conteúdo, tanto para a avaliação e verificação dos dados, fatos e situações encontradas quando do processo de auditagem, quanto para adequação e direcionamento da gestão.

Complementa este documento, as informações contidas no Manual de Normas de Auditoria elaborado pelo DCAA , e nos Manuais de Controle e Avaliação do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar, elaborados por técnicos do DCAS/SAS, com a colaboração do DCAA/SE .

I - INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi regulamentado pelo Decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995.

O DCAA é o órgão central do SNA, atuando em cooperação técnica, nos três níveis de gestão - Federal, Estadual e Municipal, tem por finalidade essencial o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos e da execução das ações de saúde programadas e seus resultados, propondo medidas preventivas, corretivas e saneadoras, visando o fortalecimento do SUS.

Situa-se nesta perspectiva, a elaboração deste documento de orientação, destinado aos auditores do SNA, observando aspectos técnicos relativos às atividades analíticas e operativas.

II - OPERACIONALIZAÇÃO

Planejamento dos Trabalhos

Atividade fundamental à realização bem sucedida de uma auditoria é o seu planejamento, cuja responsabilidade é da equipe de auditores.

A equipe multiprofissional sob a coordenação de um membro deverá se reunir e planejar adequadamente todo e qualquer trabalho previsto, para garantir que os resultados das ações atinjam os objetivos.

O processo de planejamento deve ser participativo, envolvendo conjuntamente os técnicos que realizarão os trabalhos, com distribuição de tarefas e cronograma de atividades.

O trabalho de auditoria deve ser adequadamente planejado, de forma a prover a **natureza**, a **extensão** e a **profundidade** dos procedimentos que nele serão empregados, bem como a oportunidade de sua aplicação.

Os procedimentos do planejamento da auditoria encontram-se detalhados no Manual de Normas de Auditoria.

Consta de:

a) **Exame Preliminar** - com o objetivo de obter os elementos necessários ao planejamento dos trabalhos de auditoria, o auditor procede os exames preliminares a respeito da **natureza** e **característica** das atividades e/ou elementos que serão auditados e em que áreas eles estão.

Para possibilitar a verificação correta da adequação dos processos sob análise, considerar:

- Legislação aplicável;
- Normas e instruções vigentes;
- Resultado das últimas auditorias realizadas;
- Outros registros.

b) **Elaboração do Programa de Trabalho** - o resultado dos exames preliminares dará suporte ao programa formal de trabalho.

A elaboração de um **adequado** programa de trabalho de auditoria inclui os seguintes aspectos :

- **Determinação precisa dos objetivos do exame**, ou seja, a identificação completa sobre o que se deseja obter com a auditoria (objetivo, escopo da auditoria);
- **Identificação do universo a ser verificado** (elementos, atividades ou serviços a serem auditados);
- **Identificação dos documentos de referência**, material ou outras instruções específicas;
- **Definição e o alcance** dos procedimentos a serem realizados;
- **Estabelecimento das técnicas** apropriadas;
- **Material a ser utilizado** (relatórios, roteiros, check list, etc);
- **Quantidade recurso humano/hora** necessária à execução dos trabalhos e o grau de capacitação da equipe;
- **Aspectos críticos** das atividades ou os pontos chave;
- **Análise rotineira da documentação** em que consta a **última competência paga**, podendo ser estendida para competências anteriores quando se tratar de auditorias em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS, **repasses feitos** para Programas Especiais se for o caso, para convênios no caso de cooperação financeira e outros a depender da pertinência.

III - PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA

Trata-se da execução das ações de auditoria através do desenvolvimento de atividades de natureza analítica e/ou operativa.

3.1 - DAS DEFINIÇÕES E DOS CONCEITOS

Define-se Auditoria Analítica no âmbito do SUS, como um recurso para proceder o exame do todo ou partes e o acompanhamento, controle e avaliação do prestador ou auditado à distância. Deve ser utilizada como rotina, objetivando monitorar estruturas, processos e resultados, podendo indicar a necessidade de uma auditoria in loco, ou previamente a uma Auditoria Operativa. Permite traçar o perfil de um sistema, atividade ou serviço. Requer a emissão de um relatório padronizado de auditoria.

O termo auditoria analítica distingue-se de ações analíticas em auditoria. Este último compreende uma “consulta” a relatórios ou documentos, com vista ao monitoramento de dados, possibilitando coleta de informações para subsidiar programação ou realização de auditorias operativas ou até mesmo a realização de uma auditoria analítica propriamente dita.

Os instrumentos de trabalho de uma Auditoria Analítica são:

- os relatórios de saída do SIA/SIH/SUS, emitidos após a utilização, apresentação e cobrança de uma AIH;
- Relatórios de auditorias anteriores;
- Dados do SIAFI;
- Relatório de Gestão;
- Transferências intergovernamentais de recursos (fundo a fundo, produção de serviços, programas especiais, convênios, outros) no exercício verificado;
- Outros instrumentos que permitam consultas para tal fim.

A Auditoria Analítica, trata então, da análise pormenorizada e cruzamento destes documentos, com vistas a aferir a eficácia, a eficiência e a efetividade dos serviços prestados, bem como a adequação dos recursos aplicados.

A propriedade das informações colhidas nas ações analíticas ou na auditoria analítica, poderá ser conferida in loco, ou seja, na auditoria operativa.

3.2 - DOS OBJETIVOS

A análise dos documentos originados do SIA/SIH-SUS poderá ter objetivos específicos ou genéricos, quais sejam:

1. Possibilitar a execução de controle e avaliação:

A análise sistemática dos relatórios de saída do Sistema permite avaliar e manter um controle efetivo à distância sobre a atuação de cada unidade assistencial. É o que chamamos de monitoramento, que poderá ser feito a qualquer hora, com o intuito de acompanhar a prestação dos serviços em consultas ou internações.

Esta conduta (monitoramento), poderá funcionar como fator inibidor de irregularidades, se considerarmos que, à medida que os prestadores têm conhecimento deste controle, maior se tornará o cuidado na emissão da conta hospitalar por exemplo, ao mesmo tempo que permite ações preventivas e corretivas, à medida que possibilita a eliminação de causas potenciais ou a existência de distorções ou irregularidades.

As diferentes formas de gerenciamento dos gestores estaduais e municipais também podem ser espelhadas em alguns relatórios, ou indicadores

deles originados. Exemplo disto é a priorização de distribuição das AIH dentro de um mesmo município.

2. Subsidiar o desencadeamento de Auditoria Operacional:

Os dados contidos nos instrumentos utilizados para as ações ou auditorias analíticas e outros criados a partir de relatórios de apoio elaborados pelos auditores, a partir do cruzamento daqueles e de acordo com suas necessidades, subsidiarão a auditoria operativa.

3. Identificar situações passíveis de averiguação mais detalhada:

A análise desses documentos poderá identificar situações de não conformidade ou distorções, indicativos da necessidade de uma verificação in loco, ou recomendações de uma ação corretiva/saneadora através do relatório de auditoria analítica.

4. Delinear o perfil de uma unidade prestadora de serviços:

É de fundamental importância que, ao se deslocar para realizar uma auditoria operativa, a equipe tenha traçado o **perfil da unidade a auditar**, de forma a determinar a adequação do trabalho a ser realizado e sua objetividade, à medida que já se tem identificado itens que serão objeto de verificação ou que mereçam uma avaliação mais aprofundada.

5. Retroalimentação do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar:

Tratando-se de um Sistema dinâmico, que sofre constantes mudanças e melhorias, principalmente em função do controle e avaliação exercidos sobre ele, facilmente se compreende que os dados obtidos através da auditoria analítica servem como “feed-back” para manter essa dinâmica, a partir do momento que permite seu aperfeiçoamento como por exemplo com a introdução de novas críticas ou até mesmo com mudança de norma que o regulamenta.

3.3 - DAS FORMAS DE ATUAÇÃO

Trata-se de mensurar os dados contidos nos documentos de análise.

A Auditoria Analítica revela aqui sua importância se considerarmos a necessidade de um conhecimento aprofundado dos documentos analisados, o que permite extrair uma quantidade expressiva de informações .

É preciso aprender a ler os documentos em suas entrelinhas. Não basta apenas como por exemplo., ler os dados contidos nos relatórios é preciso também compará-los.

O sucesso de uma auditoria analítica depende do domínio dos documentos e o sucesso de uma auditoria operativa depende em grande parte de uma análise prévia bem realizada.

O valor médio por AIH, os valores pagos aos prestadores, a freqüência de utilização de AIH, a utilização de diárias de UTI e de acompanhante, OPM, etc., são alguns dentre os dados que espelham a atuação dos hospitais, quanto à prestação dos serviços durante as internações.

Isto exemplifica a importância da análise dos relatórios como fonte de dados.

Uma Auditoria Analítica engloba, em seu trabalho, todos os documentos pertinentes ao (s) elemento (s) que está sendo avaliado , quais sejam:

1. Relatórios de auditorias anteriores:

Os relatórios de auditorias já realizadas na unidade ou atividade em avaliação, devem ser examinados, quer sejam analíticos ou operacionais. São eles que vão permitir traçar um comparativo entre situações anteriores e a atual, até mesmo quanto às condições nosológicas. É importantíssimo que se verifique a persistência de irregularidades já apontadas ou a prática de novas. Isso poderá ainda nortear a conduta quanto às recomendações a fazer (preventivas, corretivas ou saneadoras).

2. Dados do SIAFI

Originam-se do processamento de informações orçamentárias e financeiras do serviço público federal.

3. Relatório de Gestão

Reflete o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Saúde.

4. Relatórios do SIA/SIH-SUS:

Originam-se da emissão, apresentação e cobrança dos serviços produzidos em decorrência das atividades ambulatoriais (SIA) e hospitalares (SIH).

A análise dos relatórios de saída do SIA/SIH-SUS se reveste de suma importância para um melhor conhecimento da rede de serviços de saúde, sem que sempre se faça necessário uma verificação in loco, a menos que se tenha indicativo de não conformidade.

O manuseio de todos os relatórios disponíveis de uma só vez, dificulta o trabalho analítico tornando-o muito extenso e demorado. Quais seriam, entre eles, os mais importantes?

IV –AUDITORIA /AÇÕES ANALÍTICAS NO SIH/SUS

Dentre os relatórios e programas existentes, treze deles, são de grande utilidade para o trabalho de acompanhamento, controle e avaliação do desempenho dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde-EAS.

Para melhor compreensão e utilização divide-se os relatórios em dois grupos:

1. RELATÓRIOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO EFETIVOS

Este grupo é constituído pelos documentos de consulta obrigatória, pois **retrata o perfil** da atividade, serviço ou unidade auditada.

2. RELATÓRIOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO EVENTUAIS

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

Assim temos:

De Controle e Avaliação Efetivos:

- ❑ **Relatório de Dados Cadastrais do Hospital;**
- ❑ **Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas no Processamento;**
- ❑ **Relatório Comparativo Entre Procedimento Solicitado/Realizado e OPM Utilizados;**
- ❑ **TABAIH - Relatório Frequência de Procedimentos e Relatório de Valores Pagos;**
- ❑ **TABWIN.**

A seguir, a apresentação de cada um dos documentos:

RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DO HOSPITAL

FNS/DATASUS		SMHA1H53		RELATÓRIO DE DADOS CADASTRAIS DOS HOSPITAIS			
SIH-SUS/INAMPS		ESTADO		DATA - 19/04/96			
PAG. 35							
				LEITOS	CONT	TOTAL	ENDEREÇO
				R.			
C. G. C.	= 83899526/000	NATUREZA	= 9	CIRURGIA	= 60	60	LOGRADOURO = CAMPUS
	1-82	HOSP.	0				UNIVERSIT
HOSPITAL	= UNIVERS. FED. DE SC – HOSP. UNIVERSITÁRIO	OBSTETRÍCIA	= 36	36			NÚMERO = 00000
BANCO	= BANCO DO BRASIL S. A.	CL. MÉDICA	= 89	89			COMPLEMENTO = 0
AGÊNCIA	= FLP- QUANT AIH VALOR	F.P.T.	= 1	1			BAIRRO = TRINDADE
	CENTRO						
C. BANCO	= 000167 APRES. PAGAS	PSQUIATRIA	= 1	1			MUNICÍPIO = FLORIANÓPOLIS
C/C	= 555680029 NO 601 576 127.036,03	TISIOLOGIA	= 0	0			CEP = 88040-000
	MÊS						
UTI	= 15	FIDEPS = 75%			= 42	42	MUNICÍPIO = 20.053/0
		PEDIATRIA					
SITUAÇÃO	= O.K.			REABILIT.	= 0	0	UF = SC
				PSQ. HOSP. DIA	= 0	0	
PONTOS	= 180363 VALOR SP = 47.516,4	RESÍDUO ADIANT.	= 0,00				DESC. OR NO MÊS = 0,00
	SP 5						
PONT. SADT	= 70260 VAL. SADT = 11.138,1	DESC. ADIANT.	= 0,00				DESC. OR EXERC. = 0,00
	8						
		MÊS					
VALOR OPM	= 15,99	VL SANGUE = 1.516,62					

Quadro 1 - Tem-se uma visão global das condições técnicas do hospital e gastos com os serviços.

É um **relatório global, por competência**, apresentando várias unidades hospitalares em uma mesma relação. A **identificação da unidade de saúde dá-se pelo CGC**, que vem apresentado em ordem crescente. Consta ainda o nome, natureza, 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:

dá 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:

trata-se do **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% incidindo sobre cada AIH faturada, relativamente apenas ao Serviços Hospitalares-SH, Serviços Profissionais-SP e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia-SADT;

5. IVHE:

Índice de Valorização Hospitalar de Emergência, **solicitado pelo hospital e concedido aqueles que possuem emergência durante 24 horas**, conforme PT/GM/MS 1692/95. O valor pelo qual o hospital terá direito varia de 10, 15, 25% sobre o faturamento de cada AIH, também relativamente ao SH, SP e SADT;

o hospital que tem FIDEPS não pode ter IVHE e se tem IVHE, sendo universitário, pode optar pelo maior;

6. quantidades de AIH apresentadas e pagas:

a diferença entre estes dois campos dá 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 a **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 destas 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 do seu cruzamento com outros relatórios.

RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	--	--

SUS/FNS

22/05/96

PAG. 11628

RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DAS AIH PAGAS NO PROCESSAMENTO 0375 - 20/05/96

LSMHA1H76

FLS. 175

HOSPITAL - 83899526/0001-82

ES	NUM. AIH	ID	PROCED.	ALTA	UTI	AC	SERV.	SERV.	PTOS	SADT	PTOS	SANGUE	OPM	QUADRO MÉDICO AUDITOR/ATOS ESPECIAIS
P							HOSP.	PROF.						
1	1553129413	1	3201704	1295	01		1031,79	299,56	11,29	122,60	176	0,00	0,00	9900311
1	1553129413	3	3201704	1295					0		32			
1	1572907260	1	3201704	0296			890,81	308,73	1093	101,70	344	0,00	0,00	9900311

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

Relatório **individualizado por hospital** que **reflete todos serviços prestados e pagos através da AIH.**

Apresentado sob a forma de colunas, será a seguir analisado:

1ª coluna (ESP):

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

2ª coluna (NUM.AI):

é o número das AIH, dispostas em ordem crescente por especialidade. Algumas AIH têm seu número repetido quando houve utilização da AIH de continuação;

3ª 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 em 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 1ª AIH e mais 5 vezes as 14 linhas das AIHs de continuação, perfazendo um total de 84 lançamentos.

4ª coluna(PROCED):

é o **procedimento que foi pago**, relativo àquela AIH;

5ª 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 AIHs (AIH do mês 6 cobrada no mês 10, por exemplo)

6ª 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;

7ª coluna(AC):

são as **diárias de acompanhante** em número, pagas por AIH.

8ª 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; pelo fato de que os **serviços hospitalares são onerados todas as vezes em que são utilizados diárias de UTI, diárias de acompanhante, permanência maior, diárias de recém-nato, procedimentos especiais de alto custo e o SADT dos procedimentos Pacientes sob Cuidados Prolongados e Psiquiatria, pagos diretamente ao hospital**.

9ª coluna(SERV.PROF):

é o **valor pago por todos os Serviços Profissionais - SP** - utilizados durante a internação, sejam médicos e/ou odontológicos que tenham prestado atendimento ao paciente, independente da especialidade de cada um. **Os valores dos SP são onerados todas as vezes em que forem utilizadas permanência maior e diárias de recém-nato**. Desta forma, esta coluna pode apresentar valores diferentes para AIHs com procedimentos iguais;

10ª coluna (PTOS):

dá o **total dos pontos lançados na AIH correspondentes 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 correspondente ao procedimento principal (cirurgia), mais os pontos correspondentes a um parecer dado (cardiologia).

11ª 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 AIHs com os mesmos procedimentos. Isto porque os SADT podem ser onerados quando houver utilização de UTI e permanência maior;

12ª coluna (PTOS):

é o **total de pontos correspondentes aos SADT daquela internação**. Pode ser encontrado “zero” como total de pontos, e concomitantemente na 11ª 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;

13ª 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 Filantrópicos (8ª coluna anteriormente descrita).

14ª coluna (OPM):

correspondente ao **valor pago a todas as OPM utilizadas** durante a internação;

15ª 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 1º campo um asterisco (*) e do 2º 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.

RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO E OPM UTILIZADAS

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	---	--

FNS/DATASUS LSMHAIH66 RELATÓRIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMENTO SOLICITADO/REALIZADO E OPM
 UTILIZADOS SIH-SUS/INAMPS

PAG. 1067

PROC. 0375 COMPETÊNCIA: 04/96

CGC	HOSP/FORNEC	NUM. AIH	PROCED SOL	PROCED REAL/PROD	QTDE	NOME PROCED REAL/PRODUTO	HOSPITAL/FORNEC E NOTA FISCAL
		1573416075	39.008.15-0	39.011.16-0		REDUÇÃO CIRÚRGICA DAS FRATURAS DO T	
60194990/0022-00				93.395.07-8	1	PLACA AUTO COMPRESS. LARG. ATÉ 15	IPMMI - HOSP. E MATER./001341
60194990/0022-00				93.398.01-8	2	PARAFUSO CORTICAL DIAM. DE 4,5	IPMMI - HOSP. E MATER./001341
60194990/0022-00				93.398.01-8	2	PARAFUSO CORTICAL DIAM. DE 4,5	IPMMI - HOSP. E MATER./001341

Quadro 3 - Segue crítica do próprio Sistema.

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

É apresentado formatado em colunas, identificando-se:

- hospital pelo CGC;
- 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).

TABAIH

Trata-se de um **programa que permite, entre outros, relacionar os procedimentos mais frequentes de internações**. Permite obter o número (frequência) de procedimentos que se queira. Apresenta todos os procedimentos cobrados naquela competência.

Recomenda-se que seja extraído pelos menos com os 50 procedimentos mais frequentes.

O TABAIH permite identificar a pertinência da frequência dos procedimentos quanto ao porte do hospital, ou seja, verificar as condições técnico-operacionais da unidade para atendimento aos procedimentos, inclusive os mais complexos. Exemplos: realização de cirurgia múltipla num hospital de pequeno porte, achado de muitas septicemias, etc.

Além disso, o TABAIH oportuniza:

- relacionar a frequência de valores
- 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, ampliando a busca de informações ;
- identificar situações sazonais.

Apresentado em formato de colunas, por freqüência de procedimentos:

Hospital -			Mai	Total
Nas Linhas Proced. Realiz. e nas Colunas Mês Compet.				
35022019	CESARIANA COM ATENDIMENTO RN SALA DE PARTO		66	66
		Valor Total	13.722,77	13.722,77
		Média	207,92	207,92
31000002	CIRURGIA MÚLTIPLA		22	22
		Valor Total	20.294,55	20.294,55
		Média	922,48	922,48
77500113	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		22	22
		Valor Total	10.917,34	10.917,34
		Média	496,24	496,24

Quadro 6 - TABAIH por freqüência de procedimentos.

1ª coluna:

Dá o código do procedimento;

2ª coluna:

É o nome do procedimento.

Estas duas colunas podem ser apresentadas por ordem crescente ou decrescente de **freqüência** (quantidade de AIH utilizadas) ou **valor**, conforme seja feita a tabulação

3ª coluna em diante:

Correspondem às competências que se queira examinar. Cada coluna possui três linhas:

1ª linha: quantidade de AIH utilizadas, com o procedimento indicado nas 1ª e 2ª colunas;

2ª linha: valor total gasto com as AIH da 1ª linha;

3ª linha: valor médio de cada AIH da 1ª linha.

Relatórios **gerenciais de apoio** podem ser criados com adoção de diferentes **tabulações**, tais como **média de permanência**, **diárias de UTI**, **ordem crescente e decrescente de utilização dos procedimentos**, etc., a depender da necessidade, conforme exemplificado abaixo:

1 - Procedimentos mais freqüentes no Estado:

Distrito Federal - Competência 11/98 a 12/98			
Linhas: Procedimentos por ordem de freqüência			
Colunas: Mês de competência			
	Nov	Dez	Total
35025018 PARTO NORMAL - EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	2.620	2.605	5.225
Valor Total	709.763,74	691.020,05	1.400.783,79
Média	270,9	265,27	268,09
35026014 CESARIANA - EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	813	831	1.644
Valor Total	332.864,84	329.352,80	662.217,64
Média	409,43	396,33	402,81
63001403 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA - HOSPITAL PSIQUIATRICO B	494	382	876
Valor Total	133.656,28	122.947,16	256.603,44
Média	270,56	321,85	292,93
35014016 CURETAGEM POS-ABORTO	499	339	838
Valor Total	50.050,45	31.486,24	81.536,69
Média	100,3	92,88	97,3

Continua...

Pag : 68			
Nas Linhas Proced Realiz e nas Colunas Mês Compet			
	Nov	Dez	Total
TOTAL	12.376	11.418	23.794
Valor Total	4.427.555,78	4.267.640,43	8.695.196,21
Média	357,75	373,76	365,44

Quadro – 7 Freqüência de procedimentos por estado, com totalização final

Mostra os procedimentos mais freqüentemente utilizados nas internações pelo SUS no Estado.

2 - Procedimentos mais freqüentes no Município:

Município: Brasília		
Linhas: Procedimentos por ordem de freqüência		
Colunas: Freqüência e Valor		
Proced Realizado	Freqüência	Valor Total
Total	11207	4164518,99
35025018 PARTO NORMAL - EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	2605	691020,05
35026014 CESARIANA - EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANCA	831	329352,80
35014016 CURETAGEM POS-ABORTO	339	31486,24
35021012 PARTO NORMAL COM ATENDIMENTO RN SALA DE PARTO	298	97930,52
43000002 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA CIRURGICA	268	15268,78
76300072 OUTRAS PNEUMONIAS	236	48439,92
71300007 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA PEDIATRICA	204	9252,33
72500000 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA MEDICA	180	8017,11

Quadro 8 – Freqüência de procedimentos por município

Situa o município quanto à utilização das AIH e sua freqüência.

3 - Procedimentos mais freqüentes por Hospital:

Hospital: -	
Linhas: Procedimentos por ordem de freqüência	
Colunas: Freqüência e Valor	
Proced Realiz	Freqüência Valor Total
Total	1954 1123776.50
43000002 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA CIRURGICA	209 12925.08
71300007 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA PEDIATRICA	83 4918.83
63001101 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL	80 26825.07
36005045 FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR	76 46346.32
77500113 INSUFICIENCIA CARDIACA	70 42441.75
72500000 DIAGNOSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO EM CLINICA MEDICA	56 3068.77
80500170 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AACIDOSE METABOLICA	56 49533.13
81500106 AVC AGUDO	37 15499.95
91500141 COMPLICACOES DE PROCED. CIRURGICOS OU MEDICOS	35 5144.52

Quadro 9 – Freqüência de procedimentos por hospital

Neste, a utilização da AIH é por estabelecimento hospitalar.

TABWIN

Trata-se de um programa que relaciona os procedimentos mais freqüentes de internações.

Possui a mesma função do TABAIH, diferindo apenas no ambiente operacional.

Relatórios de Controle e Avaliação Eventuais:

- Discriminativo de Pagamento de Serviços/Órtese, Prótese e Material Especial-OPM
- 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:

São de consulta menos freqüente e fornecem maiores subsídios quando cruzados com outros relatórios.

DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

MS/SUS - DICRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM (TIPO 7)

88000-000 SC FLORIANÓPOLIS						BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF	
						10002064192301500			
COMPETÊNCIA			N. DO DISCR.		P/USO DO DATASUS		UF		
96/05			2		41239		20/SC		
NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	
HOSP PROC 380 SP 0,15452 1599850373 11,90 1599850384 8,34 1599850384 11,90		83888206/0020-90 ATT-RN 54 ATT-RN							

Quadro 9– “Contra-cheque” de médico pediatra em hospital privado.

Trata-se de um relatório onde **são discriminados todos os serviços realizados pelo prestador; o pagamento individual de cada serviço, o valor total bruto e eventuais descontos tais como imposto de renda.** É um “contra-cheque” de quem presta serviços ao SUS, pelo SIH e é encaminhado somente à UPS.

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

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

1. O **primeiro quadro** identifica o prestador pelo CGC/CPF, endereço, etc..
2. No **segundo quadro** a identificação é quanto à conta bancária, competência e outros.
3. **terceiro 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 de iniciação:
 - CGC do hospital onde foi realizada a internação;
 - 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:

1ª coluna: o **número da AIH apresentada e paga**, que é repetido tantas vezes quanto o número de serviços prestados durante aquela 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;

a - no pagamento dos SP, aparece somente o número da AIH;

b - quando for pagamento de SADT, o número da AIH sempre vem acompanhado de um asterisco;

c - no caso de transfusão sangüínea, a palavra “sangue” ao lado do número da AIH distingue este procedimento;

d - este relatório é o único que traz discriminado o pagamento do atendimento ao recém-nato na sala de parto, sob a sigla ATT-RN. Posteriormente, o atendimento à criança é pago por consultas, ou seja, 18 pontos para cada dia de visita.

e - se tiver sido utilizada uma OPM, o número da AIH é acompanhado do mês da alta do paciente, o código da OPM empregada, a quantidade utilizada e o número da nota fiscal;

2ª coluna: o número de pontos correspondentes a todo atendimento prestado durante a internação;

3ª coluna: fornece o valor, em reais dos serviços prestados, ou seja, SP, SADT, sangue, ATT-RN ou OPM:

a - o valor dos SP é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SP;

b - o valor dos SADT é obtido multiplicando-se o número de pontos pelo valor de cada ponto nos SADT;

c - observa-se que sangue, OPM e o ATT-RN já vêm com seus valores diretamente gravados, não sendo submetidos à pontuação de valor.

Este “contra-cheque” é variável de acordo com o prestador, na forma:

1. Hospital público:

O relatório abaixo refere-se a discriminativo de pagamento aos hospitais públicos.

MS/SUS - DICRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

88040-000 SC			FLORIANÓPOLIS			BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF	
						000189 00000555680029		838.995.26/0001-82	
						COMPETÊN CIA	N. DO DISCR.	P/USO DO DATASUS	UF
						96/05	9	40172	20/SC
NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM- AIH	PTOS	VALOR TOTAL	
HOSP	838.995.26/0001-82	PROC 380							
SP	0,27177	SADT 0,13390							
1627664170	101	13,49							
1627664181	407	110,60							
1627664181	ATT-RN	20,82							
1627664258	846	229,91							
1627664258	211	28,20							
1627664258	SANGUE	43,96							

Quadro 10 - Hospital público onde todos os serviços são pagos ao hospital.

MS/SUS - DICRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

						BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF	
						COMPETÊNCIA	N. DO DISCR.	P/USO DO DATASUS	UF
						96/07	1	44138	
NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	
HOSP PROC 396 SP 0,16176 0,27843 1588244042 5,56 1599836800 180,48 AIH 159983680-0 07/96 93401078 505,36	838.882.06/0004-70								
		SADT							
		20							
		677							
		ALTA							
	01	50115							

Quadro 11 - No caso de OPM, vêm discriminados: nº da AIH, alta, código, quantidade, nº da Nota Fiscal e valor.

□ **todos os SP** sejam do cirurgião, anestesista, auxiliares, clínicos, inclusive ATT-RN, **são pagos para o hospital**, pois os profissionais são pertencentes 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.

2. Hospital privado:

O relatório abaixo apresenta todos os valores a serem pagos ou debitados ao prestador, relativos aos serviços.

MS/SUS - DICRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS/OPM

						BANCO/CONTA CORRENTE		CGC OU CPF	
						COMPETÊNCIA	N. DO DISCR.	P/USO DO DATASUS	UF
						92/12	1	38983	13/P B
NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	NUM-AIH	PTOS	VALOR TOTAL	
HOSP PROC 279 SP 2191,16 1196810220 166.528,16 HOSP PROC 279 SP 2310,81 1183813323 452.918,76	08833691/0001-16								
		76							
		196							

Quadro 12 – “Contra-cheque” de médico que presta atendimento em vários hospitais.

- os profissionais com **vínculo tipo 4** (funcionários do hospital) e **os SADT tipo 3**, vêm incluídos no “contra-cheque” do hospital;
- profissional cadastrado é aquele que presta atendimento ao paciente durante a internação, sem contudo ter vínculo empregatício com o hospital. **Possui vínculo tipo 7** e a conta dos seus serviços é apresentada em um “contra-cheque” (discriminativo) pessoal. Todos os atendimentos por ele prestados são discriminados por hospital. No caso do profissional trabalhar em mais de um hospital, todos os serviços vêm discriminados em um único “contra-cheque”, identificando o hospital pelo qual está recebendo através do CGC;
- se o **SADT é terceirizado**, recebe também um “contra-cheque” em seu nome, pelos serviços produzidos;
- no caso de **uso de sangue**, a cobrança pode ser direta para o hospital ou em nome do Hemocentro (prestador);
- quando do **uso de OPM**, vem também discriminado no “contra-cheque” do hospital.

RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES APRESENTADAS – RLAA (Condensado)

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

Quadro 13 - Apresentado em formato de quadro, por Estado.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	--	--

SIH-SUS/INAMPS/FNS RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

T O T A I S D O E S T A D O - 2 0

PROCESSAMENTO - 0393 - 19/07/96

HOSPITAIS CONTRATADOS

VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	2.761.885,3	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	17,20	
.....	5		8	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	713.123,90	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	737	
.....				
VALOR TOTAL SADT	182.356,24	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	17,94	100,00 %
.....			5	
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	68.775,24			
.....				
VALOR TOTAL SANGUE	32.132,24			
.....				
VALOR TOTAL	3.758.272,9	TOTAL DE AIH REJEITADAS	334	1,56 %
.....	7			
VALOR MÉDIO POR AIH	213,46	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	16,87	
.....			7	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	729	
		TOTAL DE AIH PAGAS	17,60	98,14 %
			8	

HOSPITAIS DE ÓRGÃOS ESTADUAIS

VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	136.903,60	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	452	
.....				
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	20.895,35	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	139	
.....				
VALOR TOTAL SADT	6.594,57	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	591	100,00 %
.....				
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	4.964,37			
.....				
VALOR TOTAL SANGUE	1.255,03			
.....				
VALOR TOTAL	170.614,02	TOTAL DE AIH REJEITADAS	13	3,04 %
.....				
VALOR MÉDIO POR AIH	297,75	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	436	
.....				
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	137	
		TOTAL DE AIH PAGAS	573	96,90 %

Quadro 14 - Cada quadro representa um grupo de hospitais de mesma natureza.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	--	--

SIH-SUS/INAMPS/FNS RELATÓRIO DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APRESENTADAS (RLAA) - PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

TOTAIS DO ESTADO - 20

PROCESSAMENTO - 0393 - 19/07/96

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO/FIDEPS

VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	184.415,45	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	574	
.....				
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	48.898,17	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS		
.....				
VALOR TOTAL SADT	18.414,97	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	574	100,00 %
.....				
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	210,04			
.....				
VALOR TOTAL SANGUE	2.296,91			
.....				
VALOR TOTAL	254.233,54	TOTAL DE AIH REJEITADAS	17	2,96 %
.....				
VALOR MÉDIO POR AIH	456,43	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	557	
.....				
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS		
		TOTAL DE AIH PAGAS	557	97,04 %

TOTAL GERAL DE TODAS AS NATUREZAS

VALOR TOTAL SERV. HOSPITALARES	4.742.136,1	TOTAL DE AIH 1 APRESENTADAS	31.03	
.....	3		6	
VALOR TOTAL SERV. PROFISSIONAIS	1.240.898,7	TOTAL DE AIH 5 APRESENTADAS	680	
.....	3			
VALOR TOTAL SADT	320.252,53	TOTAL DE AIH APRESENTADAS	31.91	100,00 %
.....			6	
VALOR PAGO EM ÓRTESE/PRÓTESE	132.688,43			
.....				
VALOR TOTAL SANGUE	47.427,58			
.....				
VALOR TOTAL	6.483.403,4	TOTAL DE AIH REJEITADAS	589	1,84 %
.....	0			
VALOR MÉDIO POR AIH	206,99	TOTAL DE AIH 1 PAGAS	30.45	
.....			2	
		TOTAL DE AIH 5 PAGAS	869	
		TOTAL DE AIH PAGAS	31.32	98,16 %
			1	

Quadro 15 - Apresenta todos os valores pagos e situação das AIH.

É um relatório condensado por Estado.

Apresentado em formato de quadros, onde cada um representa um grupo de hospitais de mesma **natureza**. Por natureza, entende-se a caracterização do hospital segundo seus objetivos, padrão técnico, complexidade, fins lucrativos ou não, entre outros.

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

- 10 - Hospital Próprio
- 20 - Hospital Contratado
- 22 - Hospital Contratado Optante pelo SIMPLES
- 30 - Hospitais Federal
- 31 - Hospitais Federal com verba própria
- 40 - Hospital Estadual
- 50 - Hospital Municipal
- 60 - Hospital Filantrópico
- 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 Sindicatos
- 90 - Hospital Universitário com pesquisa (FIDEPS)
- 91 - Hospital Universitário com pesquisa e isento de tributos e contribuições sociais.

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.

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

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

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

Amplia-se as informações, quando se compara o RLAA com o VALAIH ao se determinar o perfil de um hospital.

RELATÓRIO DEMONSTRATIVO DE DESCONTOS DAS OR

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

Quadro 16 – Permite acompanhar os recolhimentos eventualmente sugeridos.

As Ordens de Recebimento (OR) são discriminadas em um relatório estadual.

Identifica competência, hospital que deverá efetuar o recolhimento, órgão emissor da OR, data da emissão, valor, bem como a posição de quitação ou não.

Pode-se acompanhar se houve o recolhimento sugerido nos trabalhos de auditoria.

CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS AUXILARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	--	--

FNS/DATASUS UF - SC

SIH-SUS/INAMPS

LSMHTR 12 22/07/96 CADASTRO DE PROFISSIONAIS E SERV. AUX. DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA ATUALIZADOS DESDE 21/06/96

PAG. 1

N

024676148-24	CRM/CRO=	2000349	BLOQ.=	0	LOGRADOURO=	RUA
		2				
	CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE=	34	COMPLEMENTO=	CASA
	NÚMERO DA CONTA=	706094	TIPO=	07	BAIRRO=	BAIRRO
					MUNICÍPIO=	
	ESTADO=	20	ULT. ATUALIZ.=	18/05/96	CEP=	77777-777
						UF=
029923889-04	CRM/CRO=	2000166	BLOQ.=	0	LOGRADOURO=	RUA
		6				
					NÚMERO=	3
	CÓDIGO DO BANCO=		ESPECIALIDADE=	34	COMPLEMENTO=	APTO. 301
	NÚMERO DA CONTA=	706094	TIPO=	07	BAIRRO=	CENTRO
					MUNICÍPIO=	

Quadro 17 - cadastro atualizado de profissional.

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

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

RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGOS

	MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE DATASUS - DEPTO DE INFORMÁTICA DO SUS	
--	--	--

FNS/DATASUS SIH-
 SUS/INAMPS

LSMHAIH65

RELATÓRIO RESUMO DE OPM PAGOS

PROC. 0380 COMPETÊNCIA:05/96

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

Quadro 18 - Discrimina todas OPM utilizadas no Estado.

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

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

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



V – AUDITORIA/AÇÕES ANALÍTICAS NO SIA-SUS

A análise dos relatórios de saída do Sistema de Informações Ambulatorial – 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 freqüentes e prestadores;
- ❑ Distorção na programação;
- ❑ Desatualização do cadastro.

A partir destes elementos, seriam avaliados indicadores tais como:

- ❑ Consulta/habitante/ano.
- ❑ Consulta x SADT.
- ❑ Freqüência de procedimentos.
- ❑ Disponibilidade de Raio X x produção.
- ❑ Disponibilidade de cobertura física x produção.
- ❑ Relação do BDP.

A análise destes indicadores, permitirá a definição de quais unidades deverão ser auditadas.

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

Dentre os relatórios existentes, seis deles, são de grande utilidade para o trabalho de acompanhamento, controle e avaliação do desempenho das unidades ambulatoriais.

Para melhor compreensão e utilização divide-se os relatórios em dois grupos:

1. RELATÓRIOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO EFETIVOS

- ❑ **Situação Cadastral da Unidade**
- ❑ **Relatório de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária**
- ❑ **Relatório Síntese da Produção Ambulatorial**
- ❑ **TAB-SIA – Relatório de Frequência de Procedimentos**
- ❑ **TABWIN – outros relatórios gerenciais de apoio criados pela equipe de auditores**
- ❑ **Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade - APAC**

2. RELATÓRIOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO EVENTUAIS

- ❑ **Ficha Cadastral da Mantenedora**
- ❑ **Discriminativo de Pagamento de Serviços**
- ❑ **Relatório da Situação da Produção Ambulatorial**
- ❑ **Relatório de Diferença de Pagamento**
- ❑ **Relatório de Créditos Bancários Efetuados**

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

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

A seguir, a apresentação de cada um dos documentos:

Relatórios de Controle e Avaliação Efetivos

SITUAÇÃO CADASTRAL DA UNIDADE

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

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

Nota - este relatório deve ser entregue ao Prestador toda vez que houver alteração da situação cadastral, de acordo com a **PRT/SAS Nº 33**, de 04/05/95 - DOU nº 85 de 05/05/95.

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DA PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA

Identifica a **unidade**, a **competência apresentada** e as 04 (quatro) anteriores, e demonstra por item de programação, as **metas físico-orçamentárias programadas, aprovadas, apresentadas e/ou percentual entre o que foi programado e o aprovado**.

A análise deste relatório **permite verificar** a adequação entre as metas físicas e orçamentárias, a freqüência e pertinência da emissão do BDP.

RELATÓRIO SÍNTESE DA PRODUÇÃO 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 Nº 33**, de 04/05/95 - DOU nº 85 de 05/05/95.

RELATÓRIO DE FREQUÊNCIA DE PROCEDIMENTOS (NO TABSIA)

Permite verificar a **freqüência dos procedimentos, por ordem decrescente de quantidade**, no mês em análise ou outros, por unidade e 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

Na análise deste documento verificar situações apresentadas pelo ambulatório, tais como:

- ❑ Capacidade instalada e quantitativo de serviços prestados;
- ❑ Estrutura ambulatorial;
- ❑ Quadro nosológico;
- ❑ Confronto entre as patologias mais freqüentes e prestadores;
- ❑ Distorção na programação;
- ❑ Desatualização do cadastro.

A partir destes elementos, seriam avaliados indicadores tais como:

- ❑ Consulta/habitante/ano.
- ❑ Consulta x SADT.
- ❑ Freqüência de procedimentos.
- ❑ Disponibilidade de Raio X Produção.
- ❑ Disponibilidade de cobertura física x produção.
- ❑ Relação do BDP.

A análise destes indicadores, permitirá a definição de quais unidades deverão ser auditadas.

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

PROGRAMA TABWIN

Programa que relaciona os procedimentos mais freqüentes de atendimento ambulatorial.

Tem a mesma função do TABSIA, diferindo apenas no ambiente operacional.

APAC

É um programa que permite o acompanhamento dos procedimentos realizados em Oncologia e Terapia Renal Substitutiva – TRS.

Relatórios de Controle e Avaliação Eventuais**FICHA CADASTRAL DA MANTENEDORA**

Identifica a entidade mantenedora e suas unidades prestadoras de serviços vinculadas.

DISCRIMINATIVO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS

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 Nº 33**, de 04/05/95 - DOU nº 85 de 05/05/95.

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL

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.

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.

RELAÇÃO DE CRÉDITOS BANCÁRIOS EFETUADOS
--

Demonstra os **valores a serem creditados na conta bancária dos prestadores.**

É um instrumento de alerta com relação a possíveis distorções a serem verificadas, a partir da observação de valores discrepantes.

A análise destes indicadores, permitirá a definição de quais Unidades deverão ser auditadas.

VI - 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, 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.

6.1 - Auditoria Operativa Hospitalar

Antes da apresentação às entidades a serem auditadas, serão emitidos os seguintes documentos, levando-os em mãos:

- **Ofício de Apresentação** dos componentes da equipe de auditoria, onde constará o **objetivo do trabalho** que vai ser executado e **indicará o (s) coordenador (es) da equipe**. Será emitido em 02 (duas) vias, sendo que a 1ª via se destina ao responsável pela entidade a ser auditada, ficando a equipe com a 2ª via assinada pela direção (recibo).
- **Comunicado de Auditoria - CA:**

Deve ser utilizado para **solicitar documentação, informações** e/ou **esclarecimentos pertinentes** aos trabalhos de auditoria à entidade auditada.

Pode ser encaminhado com antecedência nas situações em que a auditoria se reveste de magnitude e/ou complexidade, no sentido de que se evite comprometimento do tempo destinado à verificação in loco com busca de documentos.

De modo geral são solicitados, nas auditorias de UPS, os seguintes documentos em cópia:

1. Listagem nominal dos diretores com CPF e registro no(s) respectivo(s) Conselho(s).
2. Listagem nominal dos profissionais médicos e odontólogos com CPF, registros nos Conselhos respectivos, tipo de vínculo, especialidade e carga horária.
3. Listagem nominal dos profissionais de enfermagem, por categoria profissional, respectivos registros no COREN e carga horária.
4. Listagem nominal dos demais profissionais de nível superior, respectivos registros nos Conselhos e carga horária.
5. Listagem nominal dos demais funcionários por categoria.
6. Escala mensal do plantão de todos os profissionais.
7. Escala mensal do ambulatório de todos os profissionais.
8. Cópia do ofício que institui a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH na unidade e última ata.
9. Licença para funcionamento do estabelecimento expedida pela Vigilância Sanitária Estadual.
10. Licença para funcionamento da unidade de Farmácia expedida pela Vigilância Sanitária Estadual.
11. Outros.

Pode ainda ser solicitado a disponibilização de documentos de atendimento (fichas clínicas, prontuários), documentos de despesas e outros

Durante a elaboração do programa de trabalho é necessário que se tenha em conta a **amostragem** dos documentos a serem examinados. Tal

universo poderá variar de 20% a 100% dependendo do **volume de documentos** que seja apresentado pela unidade a ser auditada, ou do que motivou a auditoria.

Para a escolha do percentual da amostragem a ser auditada em unidades hospitalares, considerar a **representatividade** e o **quantitativo de AIH apresentadas**, seguindo os critérios:

- - Unidade com até 100 AIH $\geq 100\%$
- - Unidade de 101 à 200 AIH $\geq 75\%$
- - Unidade de 201 à 300 AIH $\geq 50\%$
- - Unidade de 301 à 500 AIH $\geq 30\%$
- - Unidade acima de 500 AIH $\geq 20\%$

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, quando ocorrer a situação acima descrita, recomendar a extensão dos trabalhos com maior profundidade e abertura de novo processo.

Da Verificação In Loco

A. Organização Hospitalar

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

- a) Roteiro de Visita Hospitalar;
- b) Roteiro de Visita Hospitalar Psiquiátrico.
- 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.

Durante a aplicação do Roteiro de Visita Hospitalar, atentar para os seguintes fatos:

A1 - 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, utilidades e sanitários;

⇒ Observar o fluxo do setor de esterilização, equipamentos e métodos utilizados na esterilização, condicionamento 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 bio-segurança;

⇒ 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 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, lábio-palatal, implante dentário osteointegrado, 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 e queimados);

⇒ Nos hospitais com FIDEPS, IVH-E e Referência em Urgência /emergência, verificar se os mesmos estão cumprindo as exigências da **PRT/MS/MEC/CONJUNTA nº 01/94**, **PRT/GM/MS nº 1.692/95** e **PRT/SAS/MS-479/99**, respectivamente;

⇒ Em Hospitais Amigo da Criança verificar o cumprimento da **PRT-MS/SAS nº 155/94**.

⇒ 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 sistema adotado no serviço de Arquivo Médico e 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 existência de biblioteca, organização do Corpo Clínico;

⇒ Colaborar com o hospital sob avaliação, no sentido de dirimir dúvidas, harmonizar procedimentos e conciliar situações em benefício da boa assistência do paciente.

A2 . 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**.

Este Controle e Avaliação compreende:

► 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 sua função o **avaliador deve agir com consciência e imparcialidade e o que 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 da assistência médico-hospitalar que está sendo prestada.

► Análise do prontuário médico-hospitalar.

Na vigência das internações, dentro dos princípios éticos, **avaliar, através da análise do prontuário médico**, 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 diretamente 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, 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;

A3 – Do Prontuário Médico 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.**

Análise do Prontuário Médico-Hospitalar:

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).

Obrigatoriedade do preenchimento:

- ◆ Todos os documentos do Prontuário Médico, deverão estar corretamente preenchidos com letra legível, 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 do Ato Cirúrgico e do Ato Anestésico, com letra legível, assinada e carimbada;
- ◆ Deverá ser anexado ao prontuário a comprovação do resultado dos exames complementares.

A4 - Dos Procedimentos Médicos:

Trata-se de um conjunto de atos médicos, cuja a normatização define os passos e princípios da assistência prestada, o que torna a sua observância obrigatória. Estão contidos no documento Módulo do Hospital.

Da 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 controle e avaliação;
- b) **Especial**, a partir da análise de vários critérios nos hospitais sob controle, avaliação e auditoria, ou daqueles que apresentem distorções ou relatórios de alarme que exijam comprovação.

O Prontuário Médico-Hospitalar constitui-se no registro de todas as informações sobre o atendimento prestado ao paciente. Considerando isto, o seu conteúdo reflete a qualidade da assistência prestada. Tratando-se o prontuário médico como documento que 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 de excepcionalidade**. Há parecer do CFM preconizando essa atitude (**RES/CFM-1466/96**).

A análise da AIH x Prontuário representa importante atividade do controle e avaliação. 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 para esta forma de atuação do controle e avaliação.

Os objetivos desta Sistemática de análise são:

- a) Avaliar a propriedade, eficiência, eficácia e qualidade dos serviços prestados;
- b) Verificar a observância dos procedimentos frente aos padrões, parâmetros, indicadores e critérios estabelecidos;
- c) Obter subsídios para a elaboração ou reformulação das necessidades de cobertura da assistência hospitalar;
- d) 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 deve ser feito com clareza e completo, 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, preenchido pelo médico assistente, de forma correta e clara e autorizado pelo Diretor Clínico ou pelo Órgão Gestor, a critério deste.

A5 - 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 Hospitalar.

É por meio deste documento que os Hospitais, Profissionais, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT, receberão pelos serviços prestados ao usuário.

Descrição dos Quadros

Para melhor compreensão, dividimos AIH em 05(cinco) quadros:

- 01-** Dados de Identificação do Hospital;
- 02-** Dados de Identificação do paciente;
- 03-** Dados de Internação;
- 04-** Procedimentos Especiais;
- 05-** Atos Médicos.

Tipos de AIH:

AIH - Identificação-7 (Formulário)

É emitida exclusivamente pelos Órgãos Emissores, com numeração própria, pré-impressa. É emitida 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 todas as informações sobre a internação do paciente.

AIH Simulada

É a **cópia em papel da AIH-1**, emitida em 01(uma) via, devendo ser devidamente assinada e carimbada pelo Diretor Clínico e **anexada ao prontuário médico do paciente**, sendo sua emissão obrigatória. Facilita os trabalhos de

auditoria quando confrontado os dados no prontuário médico, com os procedimentos cobrados. - **PRT/ SAS/MS Nº. 92/95.**

AIH - Identificação-5 (Longa Permanência)

É utilizada para identificar casos de longa permanência do paciente nas especialidades de **Psiquiatria e Paciente sob Cuidados Prolongados**. Após 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 verificar os seguintes aspectos:

- ◆ 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, etc.);
- ◆ Preenchimento correto do laudo médico;
- ◆ 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, o 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 e transferência;
- ◆ 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;

- ◆ As indicações de internações em UTI, conforme 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 estiver internado, estão sendo cobrados no SIA/SUS, o que caracteriza duplicidade de pagamento;
- ◆ A escala de plantão dos pediatras/neonatoLOGISTAS confrontando, com o nome do profissional que prestou o atendimento na sala de parto, segundo o prontuário médico;
- ◆ Percentual de parto 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 a comprovação da cobrança de alto custo (tomografia, nutrição parenteral, estudos hemodinâmicos, arteriografias, neuroradiologias, hemoterapia, quimioterapia, diálise peritoneal, hemodiálise, fatores de coagulação, vacina anti-RH, ciclosporina, exosanguineotransfusão, estreptoquinase, estudo eletrofisiológico, diária de recém-nato, diária de acompanhante, etc.);
- ◆ A pertinência das cobranças nas AIH de politraumatizado, cirurgia múltipla 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 e Psiquiatria);
- ◆ Se as unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das portarias, nas internações de Psiquiatria e Paciente sob Cuidados Prolongados.

Nota: Todas as AIH/Prontuários analisados que apresentarem distorções, deverão ser carimbadas e rubricadas pela equipe de auditoria.

d) Das 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:

- ☛ Cobrança de procedimentos de maior valor;
- ☛ Cobrança de parto/cesariana com assistência ao recém-nato, sem a presença do pediatra/neonatalogista na sala de parto;
- ☛ Cobrança de material radiopaco, sem a devida comprovação radiológica.

Prontuário Médico:

- ☛ 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 incompleto preenchimento 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 a PRT/SAS 092/95;
- ☛ Internações indevidas, irregulares e/ou desnecessários 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 e 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 PRT-MS/SAS nº 113/97;
- ☛ Cobrança na AIH de exames realizados com data anterior á internação.
- ☛ Cobrança indevida de auxiliar cirúrgico sem a devida anotação.
- ☛ Cobrança de OPM sem comprovação;
- ☛ 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 melhorado 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.

6.2 - Auditoria Operativa Ambulatorial:

Da Verificação In Loco

Trata do trabalho de verificação da prestação da assistência ambulatorial, por meio de:

A - Organização Ambulatorial - nesta etapa verifica-se toda a estrutura e organização da Unidade Prestadora de Serviço. Para tanto, utilizar o documento de orientação do trabalho, que é o Roteiro de Visita Ambulatorial.

A perfeita caracterização da funcionalidade do ambulatório dependerá da aplicação deste anexo de forma correta e com discernimento.

Durante a aplicação do Roteiro de Visita Ambulatorial, atentar para os seguintes fatos:

A1 - Relativos à Estrutura/Funcionalidade

Avaliar a disponibilidade de recursos humanos, materiais e físicos.

Verificar:

- ⇒ se há setores da unidade que apresentam demanda reprimida;
- ⇒ capacitação 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;
- ⇒ cumprimento das normas específicas nos procedimentos de alta complexidade;
- ⇒ se está havendo 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;
- ⇒ ações de vigilância sanitária;
- ⇒ jornada de trabalho dos profissionais x produtividade;
- ⇒ sistema de marcação de consultas, central de marcação ou não;
- ⇒ se estão sendo observadas as normas técnicas para conta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na **PRT/GM/MS nº 1376** de 19/11/93;

- ⇒ quantitativo de atendimentos resolutivos e os encaminhamentos para outras unidades;
- ⇒ a existência de equipamentos ociosos, ou desativados e respectivas causas;
- ⇒ se é garantida a assistência ao paciente, após sua alta, se o mesmo apresentar 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.

A2 - 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 torna-se necessário a elaboração de um roteiro prévio;
- ⇒ Verificar se há marcação prévia de consultas e os respectivos prazos;
- ⇒ Apurar o quantitativo de atendimentos resolutivos e os encaminhamentos para outras unidades, com os respectivos motivos;
- ⇒ Verificar por amostragem, se os registros dos atendimentos estão completos, contendo 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 PRT/GM nº 2042 de 11/10/96;
- ⇒ 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.

A3 - Relativos à Análise dos Documentos de Atendimento e Outros Instrumentos para Consulta

◆ BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

É emitido em 3 vias, ou em meio magnético, dividido em três blocos:

- ☞ Dados Operacionais;
- ☞ Serviços realizados;
- ☞ Formalização.

Possibilita o fornecimento de modo agregado, da quantidade de serviços realizados por mês de competência.

◆ **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/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 ainda a identificação da Unidade e a justificativa para indicação do exame.**

◆ 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 do procedimento;
- ☞ 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.

◆ 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 de Saúde da Família -

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 por equipe;
- ☞ Se são 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 P.S.F. e se o mesmo vem sendo alimentado mensalmente.

◆ Atendimento Odontológico - Procedimentos Coletivos

Tendo em vista que o ano tem 52 semanas, orienta-se, para que haja eficiência do bochecho, devam ser realizados pelo menos 25 bochechos/ano.

Verificar:

- ☞ 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;

O PC é cobrado por cliente/mês.

◆ Atendimento Odontológico - Procedimento Individual

- ☞ O exame clínico deverá ser considerado somente na primeira consulta (atendimento inicial), sendo necessário completar um período de 1 (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, que, 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.

◆ Consulta Médica

- ☞ Verificar, no Boletim de Atendimento, os exames solicitados e terapêutica prescrita;
- ☞ A simples verificação de resultado de exames auxiliares e resultados terapêuticos, decorrentes de consultas, não pode ser considerada como uma nova consulta.

◆ 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 prescrito uma série de 8(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 7(sete) nebulizações, deverão ser 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, etc.;
- ☞ Se é registrada a evolução clínica do paciente, e sua permanência em observação de no mínimo 4(quatro) horas e no máximo de até 24(vinte e quatro) horas de terapia;
- ☞ 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.

◆ 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 cardíaco-fetais, palpação, percussão e solicitação dos exames complementares de rotina.

Fornecimento de DIU e Diafragma

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

◆ Consulta Ortopédica com Tratamento Provisório

- ☞ No atendimento realizado pelo ortopedista, caso o paciente não necessite de imobilização provisória, deve ser considerado consulta médica;
- ☞ 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.

◆ Procedimentos Ortopédicos

- ☞ Verificar se há cobrança no BPA de RX, considerada indevida por estar contemplado nos procedimentos ortopédicos;
- ☞ 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.

◆ Oftalmologia - Consulta/Procedimento

- ☞ 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, devendo ser cobrada apenas uma vez, não cabendo a cobrança de tonometria do olho direito e tonometria do olho esquerdo. A cobrança necessita vir acompanhada dos resultados obtidos pelo exame.

São procedimentos binoculares, não cabendo cobrança separada para olho direito e olho esquerdo, os seguintes códigos constantes da tabela:

- estésimetria, 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, cabendo portanto a cobrança em separado para olho direito e olho esquerdo, os procedimentos constantes dos seguintes códigos:

- 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 sub-conjuntival;
- capsulotomia a *YAG LASER*, fotocoagulação a *LASER* (por aplicação), fototrabeculoplastia a *LASER*, iridotomia a *LASER*, sinequiólise a *YAG LASER*, vitriólise a *YAG LASER*;
- injeção intra-vítreo.

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.

Com relação aos **procedimentos de fotocoagulação a LASER**:

- a) deve haver um intervalo médio de 3 a 4 dias entre uma sessão e outra, quando for necessário mais de uma sessão. Esses casos devem ser justificados previamente à chefia técnica sem o qual não poderão ser pagos;
- b) deverão estar anexados 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 sub-normal, **não caracterizam atendimentos de urgência e não podem ser cobrados como tal.**

Esses procedimentos devem ser realizados em nível ambulatorial, com requisição corretamente preenchida acompanhada de indicação clínica e laudo conclusivo para ser autorizada pela chefia médica.

- ☞ Quando ocorrer mais de uma intervenção cirúrgica, por diferentes vias de acesso deverão ser cobrado 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;
- ☞ Nos **casos de cirurgias de catarata com implante de lente intra-ocular**, deve haver sempre solicitação ou pedido de órtese/prótese e materiais especiais (OPM), com preenchimento completo e legível dos seus campos, tendo em vista que as lentes estão disponíveis nos serviços em consignação e seu pagamento depende desses cuidados. Os custos das lentes estão incluídos no valor do procedimento;
- ☞ Nas **cirurgias realizadas em caráter ambulatorial não há necessidade de emitir AIH**;
- ☞ Sempre preencher corretamente os campos de informação da guia de solicitação de atendimento ou da requisição de exames/procedimentos.

Estes tipos de cirurgias oftalmológicas constam na tabela de procedimentos dos dois sistemas (SIH e SIA), **verificar se não ocorre cobrança concomitante, o que caracteriza cobrança dupla.**

◆ Pequenas Cirurgias e Cirurgias Ambulatoriais

Verificar:

- ☞ Se há registro de descrição das cirurgias e se o boletim de anestesia encontra-se anexado;

- ☞ **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.

Se **dois ou mais procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos - SIA/SUS forem realizados durante o mesmo ato cirúrgico**, poderá ser cobrado somente o procedimento de maior valor quando:

- a) Durante o ato cirúrgico houver indicação de outra(s) intervenção(ões) sobre órgão ou região, desde que realizada(s) através da mesma incisão;
- b) Diversas intervenções se realizarem na mesma cavidade ou orifício natural;
- c) Novas incisões tiverem que ser feitas para a complementação do ato cirúrgico.

◆ **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;

◆ **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.

◆ **Fisioterapia**

Verificar:

- ☛ Se **são realizadas reavaliações** durante o período do tratamento, 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 5 (cinco) pacientes /hora .

◆ **Hemoterapia**

Verificar:

- ☛ Se o quantitativo do procedimento Módulo Sorológico é compatível com o do procedimento Coleta/ Processamento, nas unidades que realizam os dois módulos;
- ☛ Se não está sendo considerado a parte, os gastos efetuados com doadores inaptos, por motivo clínico, imuno-hematológico e/ou sorológico. Esses gastos estão incluídos no Módulo Coleta/Processamento e Módulo Sorológico.
- ☛ Se os doadores considerados inaptos estão sendo devidamente encaminhados para atendimento com vistas a diagnóstico e tratamento;
- ☛ Na cobrança, através do BPA, 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 do paciente, 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;

◆ **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 - (nomes);
- ☛ Total de pacientes em tratamento (DPAC - DIPI - Hemodiálise - nº e nomes);
- ☛ Prontuários, com respectivos laudos e APAC simulada, e a solicitação de medicamentos excepcionais;
- ☛ Se há cadastro atualizado dos pacientes;
- ☛ Por se tratar de tratamento em série, verificar se não ocorre cobrança no BPA, anterior ao atendimento do paciente.

◆ **Atendimento em Núcleo/Centro de Reabilitação**

Verificar se na Unidade são desenvolvidas atividades de: Atendimento Individual, Atendimento em Grupo, Visita Domiciliar, Atendimento à Família, Atividades Comunitárias.

◆ **Atendimento em Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial**

Verificar:

- ☛ Se as unidades desenvolvem atividades de: Atendimento Individual, Atendimento em Grupos, Atendimento à Família e Atividades Comunitárias para integração e inserção do doente mental na comunidade;
- ☛ Se é obedecido o parâmetro de 30 pacientes para uma equipe mínima de profissionais, composta por: 1 médico Psiquiatra, 1 Enfermeiro, 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização do trabalho);
- ☛ Se o quantitativo do grupo obedece ao parâmetro de até 15 pacientes por grupo/turno;
- ☛ Se a unidade atende às normas e diretrizes para o atendimento em saúde mental, contidas na PRT/SAS/MS nº224 de 29/01/92.

◆ **Medicina Nuclear/ Radioterapia**

- ☞ Verificar se os **exames para dosagem de hormônio estão sendo realizados pela patologia clínica** (hormônios I, II; III, IV, V e VI) e cobrados pelo radioimunoensaio;
- ☞ Se no prontuário do paciente ou na solicitação, há **justificativa médica para a realização do procedimento**. Todos os procedimentos de Alta Complexidade/ Custo deverão ser previamente autorizados pelo gestor ou profissional médico designado, exceto os casos de urgência/emergência;
- ☞ 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.

◆ **Quimioterapia/Radioterapia**

- ☞ Se estão sendo aplicados os medicamentos prescritos e se estão sendo administrados;
- ☞ Se consta no prontuário do paciente o laudo citológico ou histopatológico, nos casos de tratamento de tumores;
- ☞ Se há uma rotina para acompanhamento dos pacientes tratados;
- ☞ Se está sendo cobrado mais de um procedimento por ciclo mensal ;
- ☞ Se o controle dos pacientes tratados, (consulta de seguimento) está sendo considerado como consulta pois não poderá ser cobrado como procedimento de quimioterapia;
- ☞ Se no prontuário do paciente, ou na solicitação há justificativa médica para realização do procedimento.

◆ **Órtese e Prótese**

- ☞ Se está sendo cumprida a **PRT/SAST/MS n.º 146** de 14/10/93.

◆ **Outros procedimentos de Alta Complexidade/Custo**

Neuroradiologia, Tomografia Computadorizada, Estudos Hemodinâmicos, Angiografia, Aortografia, Imunossupressor, Ultra-Sonografia e outros que venham a ser considerados de gerenciamento estratégico.

Constatar no prontuário ou na solicitação, a justificativa médica para a realização do procedimento. **Todos os procedimentos de alta complexidade/ custo deverão ser previamente autorizados pelo gestor ou profissional médico designado**, com exceção dos casos de urgência/ emergência.

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.

◆ **Medicamentos**

- ☞ As condições de funcionamento da farmácia e acesso ao paciente.
- ☞ Se os pacientes em uso desses medicamentos, estão devidamente cadastrados;
- ☞ Se há controle de entrada e distribuição dos medicamentos;
- ☞ Se estão sendo cumpridas as **PRT/MS/SAS n.º 138 e 140/99**.

◆ **Tratamento Fora de Domicílio**

- ☞ Se existem normas estabelecidas para esse tipo de assistência e se as mesmas estão sendo observadas;
- ☞ Se há justificativa fundamentada para o tratamento fora do domicílio, se consta o laudo médico no processo e se é feito contato prévio com a unidade que atenderá o paciente.

VII - CÁLCULO DA IMPUGNAÇÃO

1.- SIH

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

- Tabela de Procedimentos do mês de competência do processamento analisado;
- Relação de Órtese/Prótese e Materiais Especiais;
- Relatório Demonstrativo de AIH Pagas do mês de competência do processamento analisado;
- AIH Simulada.
- 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 (35.021.02.9).

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.

Assim:

$$228,46 \text{ (SH)} + 111,43 \text{ (SP)} + 2,11 \text{ (SADT)} + 14,88 \text{ (RN)} = 356,88 \text{ (VTR)}$$

Valor Proced. Pago (35.022.01.9)	Valor do Atend. ao RN na Sala de Parto	Valor Total a ser Recolhido
R\$ 242,00	R\$ 1,88	R\$ 356,88

NOTA - 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).

Os exemplos a seguir têm os valores baseados na Tabela de Procedimentos vigente em 04/99

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:

$$123,51 \text{ (SH)} + 24,18 \text{ (SP)} + 12,91 \text{ (SADT)} = 159,88 \text{ (VTR)}$$

Valor Proced. Pago (76.300.08.0)	Valor Total a ser Recolhido (VTR)
R\$ 159,88	R\$ 1579,88

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

- 1º. Verificar o valor total (SH + SP + SADT) do procedimento glosado;
- 2º. 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 (VTProc. 1), subtrai-se pelo Valor Total do Procedimento Sugerido (VTProc. 2) e encontra-se o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

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

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:

<p>Proced. (1): 215,51(SH) + 87,80(SP) +19,50 (SADT) = 319,81 Proced. (2): 151,04(SH) + 80,78(SP) + 6,79(SADT) = 238,61</p>
<p>VTR = 319,81- 238,61= 81,20</p>

Valor Proced. Pago (1) (33.016.11.9)	Valor Proced. Sugerido (2) (33.005.06.0)	Valor Total a ser Recolhido
R\$ 319,81	R\$ 238,68	R\$ 81,20

Exemplo 02: - Foi sugerido mudança de procedimento de Broncopneumonia em Pediatria (76.300.08.0) para 1º Atendimento em Pediatria (71.300.00.7):

Verificar na Tabela de Procedimentos o valor total de Broncopneumonia em Pediatria e diminuir do total correspondente a 1º Atendimento em Pediatria.

Assim:

<p>Proced.(1): 12351 (SH) + 24,18 (SP) + 12,19 (SADT) = 159,88 Proced.(2): 14,91(SH) +6,58 (SP) + 5,33 (SADT) = 26,82</p>
<p>VTR = 159,88 - 26,82 = 133,06</p>

Valor Proced. Pago (1) (76.300.08.0)	Valor Proced. Sugerido (2) (71.300.00.7)	Valor Total a ser Recolhido (VTR)
R\$ 159,88	R\$ 26,82	133,06

◆ **Glosa em AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, e Tratamento da AIDS**

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

➤ **Cirurgia Múltipla (31.000.00.2)**

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)**

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 do SADT, encontrando-se, assim, o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

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

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

$$\text{VTR} = (75\% \text{ de } 80,99) + 53,18 \text{ (SP)} + 1,36 \text{ (SADT)}$$

$$\text{VTR} = 60,74 + 53,18 + 1,36 = 115,28$$

$$\text{VTR} = 115,28$$

Campo Proced. Especiais	Proced.	Valor do SH	%	Valor SH (recolher)	Total VRSH+SP+SADT
1ª linha	39.008.04.5	R\$ 128,51	100	00,00	00,00
2ª linha	39.009.14.9	R\$ 121,39	100	00,00	00,00
3ª linha	39.012.19.0	R\$ 80,99	75	R\$ 91.04	R\$ 159,22
4ª linha	em branco	00,00	75	00,00	00,00
5ª linha	em branco	00,00	50	00,00	00,00

➔ Glosa de Diária de UTI:

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

Após o 3º dia a glosa deverá ser efetuada com base no 2º 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 diária de UTI. A auditoria constatou que o paciente permaneceu na unidade apenas 02 dias. Foi sugerida a glosa das duas últimas diárias.

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

VTR = (SH + SP + SADT [1º valor]) + (SH + SP + SADT [2º valor])

VTR = 137,00 + 70,04 = 207,04

VTR = 207,04

Glosa de UTI Especializada I e II

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

➔ Alto Custo

Os procedimentos e componentes especiais são cobrados nos Campos Procedimentos Especiais, são pagos no componente Serviço Hospitalares e Serviços Profissionais.

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

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

VTR = 173,50(2TC) – 86,75 (1TC) =86,65

VTR = 86,65

Hemoterapia

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

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

02 frascos de sangue total. Foi sugerida a glosa de 02 frascos de plasma individual.

Valor recebido (VR) = (13,72X 2 [sangue]) + (13,73X 2 [plasma]) + (5,39X 4 [transf.])

$$\text{VR} = 27,46 + 27,46 + 21,56 = 76,48$$

$$\text{VTR} = (13,73 \times 2) + (5,39 \times 2) = 27,45 + 10,78 = 38,24$$

$$\text{VTR} = 38,24$$

➔ **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 02 drenos de sucção (93.481.01.2) + 12 parafusos corticais (93.398.02.6) e 01 placa de alto compressão, largura 15 mm e comprimento acima de 220 mm. A auditoria sugeriu a glosa de 01 dreno de sucção, 02 parafusos corticais e mandou pagar 01 placa de alta compressão, largura 15 mm e comprimento até 150 mm (93.395.05.1).

$$\text{VR} = (16,00 \times 2) + (9,00 \times 12) + 77,00$$

$$\text{VR} = 32,00 + 108,00 + 77,00 = 217,00$$

$$\text{VTR} = 16,00 + (9,00 \times 2) + (77,00 - 45,00)$$

$$\text{VTR} = 16,00 + 18,00 + 32,00 = 66,00$$

$$\text{VTR} = 66,00$$

➔ **Glosa em AIH de Psiquiatria FPT/Crônico, Hospital Dia (AIDS e Psiquiatria), AIDS Fase Terminal, Reabilitação e Intercorrência Pós Transplante**

As internações destes grupos são pagas por dia (diária) e não por procedimento, portanto para 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

VTR = N° de diária (cobradas) x Valor da diária

01 diária = SH + SP + SADT

01 diária = 10,10 (SH) + 1,96 (SP) + 0,53 (SADT)

01 diária = 13,59

Assim: Foi cobrada uma AIH com o procedimento AIDS Fase Terminal (70.500.15.0), cujo tempo de permanência foi de 10 dias. Na auditoria foi constatado ausência de Prontuário Médico, o que motivou a glosa total da AIH.

VTR = 10 X 13,59

VTR = 135,90

Número de diárias cobradas	Valor da diária	Valor Total a ser Recolhido
10	R\$ 13,59	R\$ 135,90

Exemplos de Glosa Parcial

Exemplo 01: - Foi cobrada uma AIH com procedimento FPT (85.500.70.4) com período de internação de 20 dias. Na auditoria foi constatado que o paciente permaneceu internado apenas 10 dias.

VTR = Valor recebido - Valor devido

Proced. = 14,11 (SH) + 2,32 (SP) + 1,43 (SADT) = 17,86

Valor recebido = 17,86 X 20 = 357,20

Valor devido = 17,86 X 10 = 178,60

VTR = 357,20 - 178,60 = 178,60

VTR = 178,60

Nº. de diárias cobradas	Nº de diária devidas	Valor da diária	Valor Total a ser Recolhido
20	10	R\$ 17,86	R\$ 178,60

Exemplo 02: - Foi cobrada uma AIH com procedimento Tratamento Clínico de tumores malignos do pâncreas (85.500.23.2), com período de internação de 10 dias. A auditoria mudou o procedimento para FPT (85.500.70.4).

VTR = Valor Total do Proced. Cobrado (N°. diárias devidas x Valor da Diária)

Proced. (2) = 14,11 (SH) + 2,32 (SP) + 1,43 (SADT) = 17,86

VTR = 342,13 - (10 X 17,86)

VTR = 342,13 - 178,60 = 163,53

VTR = 163,53

Valor do Proced. cobrado	Nº de diária devidas	Valor da diária	Valor das diárias devidas	Valor Total a ser Recolhido
R\$ 342,13	10	R\$ 17,86	R\$ 178,60	R\$ 163,53

➔ Glosa em Transplante e Retransplante

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

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

O valor constante na Tabela de Procedimentos é o mesmo encontrado no Relatório Demonstrativo de AIH Pagas.

➔ 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 diárias de acompanhante. A auditoria constatou a ausência da solicitação e autorização das diárias. Sugeriu glosa das 10 diárias.

VTR = Valor da diária X 10

VTR = 2,12 X 10 = 21,20

$$\text{VTR} = 21,20$$

➔ **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 diárias de RN. A auditoria sugeriu a glosa de 02 diárias.

$$\text{Valor da diária} = 7,25 \text{ (SH)} + 2,05 \text{ (SP)} = 9,30$$

$$\text{Valor recebido} = 9,30 \times 4 = 37,20$$

$$\text{VTR} = \text{VR(valor recebido)} - \text{VD(valor devido)}$$

$$\text{VTR} = 37,20 - 18,60 = 18,60$$

$$\text{VTR} = 18,60$$

➔ **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 diárias de permanência a maior. A auditoria glosou as 02 diárias.

$$\text{Valor da diária} = 7,25 \text{ (SH)} + 2,05 \text{ (SP)} + 1,33 \text{ (SADT)} = 10,63$$

$$\text{VR} = 10,63 \times 2 = 21,26$$

$$\text{VTR} = 21,26$$

➔ **Glosa contra hospitais com FIDEPS E IVH-E**

Deve-se observar que nesses hospitais é acrescido um percentual que varia de 10, 15 e 25% para IVH-E, de 25, 50 e 75% no FIDEPS, e de 20, 35 e 50% na referencia em urgência/emergência, dependendo do fator que a unidade tem direito.

Este fator incide nos componentes SH, SP e SADT. Não incide na hemoterapia e OPM.

No caso do valor ser extraído do Relatório Demonstrativo de AIH Pagas, já está incluído o percentual que o hospital tem direito a receber. Se o

valor a ser recolhido for extraído da Tabela de Procedimentos, deverá ser aplicado o percentual correspondente.

Exemplos:

➔ **Glosa Total cujos valores são extraídos da tabela**

O hospital com FIDEPS de 75%, cobrou uma Histerectomia Total (34.010.03.3) e foram utilizados 02 frascos de sangue total (94.007.01.2).

$$\begin{aligned} \text{VR} &= (130,67 + 75\% [\text{SH}]) + (101,91 + 75\% [\text{SP}]) + (10,38 + 75\% [\text{SADT}]) + (10,99 \times 2 [\text{Mod. pré}] + 4,31 \times 2 [\text{Mod. trans.}]) \\ \text{VR} &= 228,67 + 178,34 + 18,16 + 30,60 \\ \text{VR} &= 455,77 \\ \text{VTR} &= 455,77 \end{aligned}$$

➔ **Glosa Parcial**

O hospital com FIDEPS de 50%, cobrou uma Pielonefrite (80.500.07.2). O auditor sugeriu mudar o procedimento para 1º Atendimento (72.500.00.0).

Nota: No presente caso deve-se fazer a diferença dos valores correspondentes, constantes na tabela, sem aplicação do percentual.

$$\begin{aligned} \text{Proced. (1)} &= 57,70 (\text{SH}) + 13,54(\text{SP}) + 7,07 (\text{SADT}) = 78,31 \\ \text{Proced. (2)} &= 11,93 (\text{SH}) + 5,26 (\text{SP}) + 4,26 (\text{SADT}) = 21,45 \\ \text{VTR} &= \text{Valor Proced. (1)} - \text{Valor Proced. (2)} \\ \text{VTR} &= 78,31 - 21,45 = 56,86 \\ \text{VTR} &= 56,86 \end{aligned}$$

2. SIA

Documentos necessários para cálculo da impugnação:

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

Exemplo:

1. Foram cobrados 400 procedimentos - Atendimento Clínico Com Observação (042-6). A auditoria constatou a realização de 200 procedimentos.

$\text{VR} = \text{R\$ } 5,97 \times 400 = \text{R\$ } 2.388,00$ <p style="text-align: center;">Valor a ser glosado</p> $\text{R\$ } 5,97 \times 200 = \text{R\$ } 1.194,00$ $\text{VTR} = \text{R\$ } 2.388,00 - \text{R\$ } 1.194,00$ $\text{VTR} = \text{R\$ } 1.194,00$
--

2. A auditoria constatou a cobrança por face do procedimento Dentística - I (221-6). Foram cobrados 250 procedimentos, quando na realidade foram restaurados apenas 180 elementos dentais, configurando uma cobrança a maior de 70 procedimentos.

$\text{VR} = \text{R\$ } 1,74 \times 250 = \text{R\$ } 435,00$ <p style="text-align: center;">Valor a ser glosado</p> $\text{R\$ } 1,74 \times 70 = 121,80$ $\text{VTR} = \text{R\$ } 435,00 - \text{R\$ } 313,20 = \text{R\$ } 121,80$ $\text{VTR} = \text{R\$ } 121,80$
--

VIII - DA CORREÇÃO DAS DISTORÇÕES E/OU IRREGULARIDADES:

As distorções e/ou irregularidades detectadas, na dependência de sua gravidade, deverão ser corrigidas:

- a) de imediato;
- b) após a emissão do Relatório de Auditoria.

As providências necessárias para o saneamento das mesmas serão:

- **Corretivas, de Imediato não Sujeitas à Punição** - deverão ser feitas quando da visita "in loco" da seguinte forma:

- pela Equipe de Auditoria, por sugestão à Direção da Unidade auditada;
- pela unidade auditada por adoção de providências quanto às sugestões recebidas.

- **Corretivas, Sujeitas ou não à Punição** - Deverão ser realizadas pelas autoridades competentes após análise das recomendações contidas no Relatório da Auditoria, da seguinte forma:

a) Recomendar à unidade auditada a correção das distorções, fundamentada no relatório de auditoria, objetivando a regularização das distorções;

b) Impugnar despesas discriminando o motivo da glosa e demais informações que consubstanciem a veracidade da impugnação, estabelecendo prazo de **até 30 (trinta)** dias para manifestação sobre o montante reclamado. Esta providência deverá ser tomada pelo órgão de Auditoria;

c) Na ausência de manifestação da unidade auditada no prazo estipulado proceder-se-á o recolhimento dos recursos;

d) No caso de apresentação de contestação às impugnações suscitadas, proceder-se-á a análise da mesma, com conseqüente parecer, este, sugerindo a manutenção do pagamento efetuado à entidade ou o recolhimento dos recursos, se for o caso;

e) Após a conclusão dos trabalhos conforme os subitens acima, encaminhe-se ao setor competente para correção dos valores e emissão do respectivo documento de recolhimento;

f) Pela Unidade auditada, adotando nos prazos estabelecidos, providências quanto às recomendações recebidas;

g) Na ausência do acatamento às recomendações sugeridas, deve ser comunicado ao gestor do SUS o não cumprimento das recomendações.

- Das Penalidades

As penalidades são de competência do **Ministério da Saúde** e do **Gestor Estadual e/ou Municipal** de acordo com o grau determinado.

De 1º Grau

- a) **advertência verbal** - de competência da chefia da equipe de auditoria;
- b) **advertência por escrito** - de competência de autoridades do MS, bem como do Gestor Estadual e/ou Municipal.

De 2º Grau

De competência do MS, e do Gestor Estadual e Municipal, compreendem:

- a) **Notificação e suspensão do encaminhamento** de pacientes a unidade conveniada ou sob contrato por prazo determinado ou até que sejam corrigidas as irregularidades detectadas;
- b) Multas - varia de 01 (uma) até 20 (vinte) multas/dia. O valor de 01 (uma) multa dia é igual ao total do faturamento da unidade (SIH + SIA) dividido por 60.

De 3º. Grau

Descredenciamento com rescisão do contrato ou convênio, observados os trâmites legais.

IX - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Forma de Pagamento e Rateio na AIH

A hospitalização de um paciente resultará na prestação de Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP), e Serviços Auxiliares, Diagnóstico e Terapia (SADT). Tais serviços (clínicos, cirúrgicos e SADT) são classificados em procedimentos codificados. Numa conta hospitalar haverá um ou mais procedimentos que poderão ser subdivididos em atos médicos. Por exemplo, o procedimento “Curetagem Diagnóstica” é subdividido em “Curetagem e Anestesia”.

A Tabela de Procedimentos tem as seguintes características:

- a) A cada procedimento corresponderá três valores fixados em moeda corrente, um para pagamento dos SH, um para SP e um para SADT;
- b) A cada ato profissional ou SADT, corresponderá um determinado número de pontos;
- c) O pagamento dos serviços hospitalares atribuídos a cada um dos procedimentos principais é feito pela soma dos valores correspondentes aos Serviços Hospitalares registrados na AIH, onde estão incluídos os valores referentes a: Diárias, Taxas de Sala, Materiais Hospitalares e Medicamentos;
- d) A cada Ato Profissional ou SADT corresponderá um número de pontos.

A remuneração dos Serviços Profissionais (S.P.) prestados por hospital é feita obedecendo a seguinte sistemática:

- a) Somar os valores monetários que correspondam aos S.P. de todos procedimentos realizados no período, registrados na AIH;
- b) Somar o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos realizados no hospital e registrados na AIH;
- c) Obter o valor do ponto dos S.P. no mês, mediante a divisão do valor em reais dos S.P., pelo total de pontos dos Atos Médicos;
- d) Somar o número de pontos correspondentes aos atos profissionais prestados por pessoa física ou jurídica;
- e) Multiplicar o valor do ponto dos S.P. pelo total de pontos da pessoa física ou jurídica, obtendo-se daí o valor monetário a ser pago;
- f) Os valores devidos a uma pessoa física ou jurídica em todos os hospitais onde tenha prestado S.P. e SADT, correspondem à somatória dos valores encontrados em cada unidade;
- g) Do valor assim obtido, serão deduzidos os descontos obrigatórios de lei;

h) A remuneração dos SADT, observa a mesma sistemática.

Os cálculos obedecem as seguintes fórmulas:

1) Valor do Ponto Profissional é igual:

Valor do S. P. (R\$) ÷ Soma nº de pontos S.P.

2) Valor do Ponto de SADT é igual:

Valor de SADT(R\$) ÷ Soma do nº de pontos SADT

3) Valor a ser recebido pelo profissional é igual:

Total de pontos. X Valor do ponto S.P.

4) Valor a ser recebido pelo SADT é igual:

Total de pontos X Valor do ponto de SADT

2. Apuração de Denúncia:

- Todas as denúncias recebidas deverão ser esclarecidas;

- O Controle, Avaliação e Auditoria, nos três níveis de gestão, obedecendo os princípios de atuação de cada um, é o órgão que deve apurar no sentido de esclarecer os fatos denunciados. Para tanto algumas rotinas deverão ser seguidas, para o imediato esclarecimento dos fatos e proposição de medidas saneadoras às autoridades competentes.

- Em qualquer denúncia, o acusado deverá tomar conhecimento do teor da mesma.

- Após apuração dos fatos denunciados deverá ser emitido relatório circunstanciado.

- Devem constar do processo de apuração os seguintes elementos:

a) todos os levantamentos efetuados durante a apuração dos fatos;

b) cópia da denúncia;

c) termo de declaração denunciante, denunciado, paciente e testemunha.

3. Termo de Declaração:

- Termo de Declaração de Pacientes pós alta hospitalar ou pós atendimento ambulatorial:

- Quando em decorrência de evidências levantadas pela Auditoria Analítica ou Operativa, se fizer necessário entrevistar o paciente pós alta, com o objetivo de caracterizar distorções, devemos levar em conta para o desenvolvimento desta atividade, os seguintes aspectos:

a) Quem convoca o paciente?

b) Onde vai ser tomado a declaração?

c) Quem toma a declaração?

d) Necessidade de examinar o paciente;

e) Indicação do perito;

- Os motivos pelos quais o paciente será chamado a manifestar-se definem as condições em que deve fazê-lo, isto é, se basta somente ouvi-lo ou se é necessário examiná-lo;
- Todos os componentes da Equipe de Auditoria estão sujeitos a sigilo profissional; quanto aos fatos decorrentes de um Termo de Declaração;
- Antes de iniciar a Instrução, a Equipe de Auditoria deve se inteirar dos motivos da convocação e procurar junto ao paciente colher dados objetivos e ordenados que levem ao esclarecimento das dúvidas;
- A interpelação deverá se desenvolver em ambiente reservado, que não coloque em constrangimento o declarante e sem a presença de elementos estranhos a equipe;
- O paciente deve ser informado dos motivos pelos quais foi chamado a manifestar-se e da garantia do sigilo da informação por ele prestada;
- Quando, a critério da equipe, ou nos casos em que o paciente não puder se deslocar até o local onde os trabalhos foram instalados, a declaração deverá ser tomada na residência do mesmo, observando-se todas as recomendações descritas nos itens anteriores;
- Quando se fizer necessário o exame especializado do paciente e na ausência do especialista (especialidade envolvida) na Equipe de Auditoria, deverá ser convocado um médico da especialidade para proceder o exame do paciente;
- O resultado do exame físico especializado deverá ser registrado e juntado ao processo;
- Caso o paciente não permita a realização do exame físico, deve-se registrar este fato no Termo de Declaração;
- O Termo deverá ser assinado pela equipe e pelo depoente.

X - 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, lhe concede determinadas isenções tributárias o que, em suma, significa maior aporte financeiro àquela instituição por parte dos cofres públicos.

e) 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 1.331/89.

f) Finalizado o trabalho de auditoria, elaborar **Relatório** de acordo com o modelo padronizado pelo DCAA, constante do Manual do Auditor.

g) 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.

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

h) O parágrafo 6º(sexto) do art. 37(trinta e sete) 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”.