



## APÊNDICES

Apêndice 1 - Relatório de visão geral do objeto

Apêndice 1.1. - Detalhamento das técnicas de auditoria utilizadas para selecionar processos judiciais de saúde com pagamentos acima de 100 mil reais

Apêndice 1.2. - Tabela de catalogação dos processos judiciais de saúde elaborada pelo TCE/MT

Apêndice 2 - Relatório da Equipe Técnica Médica da consultoria especializada

Apêndice 3 - Análise dos processos judiciais relacionados ao Tratamento de Saúde Fora de Domicílio

Apêndice 4 – Responsabilização

Apêndice 5 – Informações pessoais dos jurisdicionados

Apêndice 6 – Técnicas de diagnóstico do objeto de auditoria

Apêndice 7 - Relatório de análise de defesa da Consultoria Especializada



## Apêndice 1 - Relatório de visão geral do objeto

### SUMÁRIO

1. VISÃO GERAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	4
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA AUDITORIA .....	5
2.1. Questões e critérios de auditoria .....	6
2.2. Metodologia .....	6
2.3. Materialidade, relevância e riscos.....	8
2.4. Limitações da auditoria .....	11
2.5. Dados e indicadores .....	12



## LISTA DE SIGLAS

- Assejud - Assessoria de Demandas Judiciais
- DPE/MT - Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso
- MPE/MT - Ministério Público de Mato Grosso
- OPME - Órtese, Prótese ou Material Especial
- PGE/MT - Procuradoria Geral do Estado de Mato Grosso
- SES/MT - Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso
- SisconDJ - Sistema de Controle de Depósitos Judiciais do TJ/MT
- TFD - Tratamento Fora de Domicílio
- TCE/MT - Tribunal de Contas de Mato Grosso
- TJ/MT - Tribunal de Justiça de Mato Grosso
- FES/MT - Fundo Estadual de Saúde de Mato Grosso

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Regiões mais representativas da judicialização da saúde.....9
- Tabela 2 - Classificação dos 281 processos judiciais de saúde ..... 10
- Tabela 3 - Amostra de auditoria..... 11
- Tabela 4 - Histórico da judicialização da saúde em Mato Grosso ..... 12
- Tabela 5 - Gastos da judicialização da saúde com cirurgia por municípios..... 14
- Tabela 6 - Gastos da judicialização da saúde com Home Care por municípios ..... 15
- Tabela 7 - Gastos da judicialização da saúde com TFD por municípios ..... 15

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Volume financeiro gasto com a Atenção Básica X Judicialização da saúde.....13



## 1. VISÃO GERAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

1. A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema único de saúde organizado de acordo com a diretriz do atendimento integral. Nesse sentido, leciona Cássia Mocelin<sup>1</sup>:

O direito à saúde não abrange apenas a assistência médico-hospitalar, limitado aos pressupostos de oferta de procedimentos e medicamentos, mas toda assistência necessária para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Contudo, apesar dos princípios do SUS como universalidade e integralidade estarem constitucionalmente amparados, historicamente, a assistência à saúde no Brasil seguiu uma lógica restrita de atendimento, com acesso limitado, delimitada por procedimentos de baixa complexidade, com mínima realização de procedimentos especializados e com ações preventivas voltadas a grupos restritos (políticas públicas focalizadas).

2. Considerando que uma parcela relevante da população brasileira não dispõe dos recursos necessários para suportar os custos envolvidos com o tratamento de doenças, torna-se fundamental que o Estado possua estrutura adequada para garantir à população esse direito.

3. Todavia, a ineficiência dessas políticas faz com que o cidadão, muitas vezes, busque o Poder Judiciário para conseguir o seu direito à saúde. Embora a via judicial seja uma alternativa para a concretização desse direito constitucional, como contrapartida, suas demandas judiciais geram graves impactos na programação e execução das políticas sociais de saúde.

4. Entre 2014 a 2016, foram julgadas 10.515 ações judiciais de saúde em face do Estado de Mato Grosso, que gerou gastos na cerca de R\$ 223 milhões aos cofres públicos. Essas ações judiciais referiram-se ao pleito de medicamentos, cirurgias, insumos e tratamentos.

5. Para o enfrentamento da judicialização, a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, por meio da Portaria nº 55/2015/GBSES/SES, criou a Assessoria de Demandas Judiciais – Assejud, órgão estratégico responsável por coordenar, monitorar, supervisionar, dar suporte de informações e impulsionar os expedientes judiciais relacionadas à saúde, até o seu o efetivo cumprimento pelas demais pastas finalísticas.

<sup>1</sup> Cássia Engres Mocelin. **Demandas judiciais na saúde pública: instrumentos para a efetivação do direito à saúde e/ou novos arranjos na gestão e organização do SUS.** Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/GEDECON/article/view/311>>. Acesso em: 20 de junho de 2017.



6. No entanto, considerando as auditorias e levantamentos realizados anteriormente pelo TCE/MT, observa-se que SES/MT ainda apresenta deficiências para mitigar o crescimento da judicialização da saúde.

7. Entre as fragilidades, destacam-se: a ineficiência da Política Estadual de Saúde de Mato Grosso em fornecer adequadamente medicamentos e serviços de saúde aos usuários do SUS; a ausência de diagnóstico sobre a judicialização da saúde e a baixa efetividade das ações da SES/MT para o seu atendimento.

8. Diante desse cenário, com a finalidade de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde, buscou-se avaliar a atuação das entidades ao enfrentamento da judicialização, de modo a efetivar o direito de acesso à saúde.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA AUDITORIA

9. A auditoria adveio de solicitação do Ministério Público de Mato Grosso – MPE/MT<sup>2</sup> referente ao Inquérito Civil nº 034/20151. Seu requerimento teve origem no Pedido de Providências nº 172/2014 do Tribunal de Justiça de Mato Grosso – TJ/MT que propôs a realização de auditoria específica e detalhada, extensiva aos pagamentos e pendências de pagamento derivados de demandas judiciais de saúde.

10. Desse modo, a auditoria foi autorizada pela Presidência do Tribunal de Contas de Mato Grosso – TCE/MT e considerou os levantamentos já realizados pelo TCE/MT<sup>3</sup>, em atendimento às solicitações de análise de contas hospitalares de ações judiciais, por parte do TJ/MT<sup>4</sup> e do MPE/MT<sup>5</sup>.

11. Registra-se, também, que o TCE/MT já realizou auditorias operacionais nas políticas estadual e municipais de saúde em Mato Grosso<sup>6</sup>, tendo como objeto de análise, entre outros, a judicialização das ações e serviços de saúde.

12. A atual auditoria teve por objetivo avaliar, mediante amostra, a legalidade, legitimidade e economicidade do cumprimento das ações judiciais relacionadas à saúde, sob a responsabilidade da SES/MT, no período de 2014 e 2016.

<sup>2</sup> Requerimento sob protocolo Control-P nº 217093/2015 da 35ª Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público e da Probidade Administrativa, subscrito pelo Excelentíssimo Promotor de Justiça – Senhor Célio Joubert Fúrio.

<sup>3</sup> Levantamentos nº 43.877/2014; 60.224/2014; 119.490/2016; 251.240/2016.

<sup>4</sup> Pedido de Providências nº 172/2014/TJ/MT (Protocolo nº 0135633-15.2014.8.11.0000) e Ofícios nº 389/2016 e 1.587/2016 da 1ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Rondonópolis.

<sup>5</sup> Inquérito Civil (Portaria nº 34/2015 – 35ª PJNPP) – SIMP nº 001719-023/2015.

<sup>6</sup> Autos digitais nº 52.981/2015; nº 52.990/2015 e nº 239.500/2015/RNI.



## 2.1. Questões e critérios de auditoria

13. Segundo o manual de auditoria de conformidade do TCE/MT<sup>7</sup>, a questão de auditoria é o desdobramento do objetivo em perguntas que abordem os diferentes aspectos do seu escopo da auditoria para atingir o objetivo da fiscalização.

14. Nesse sentido, elaborou-se a seguinte questão: A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso tem cumprido as demandas judiciais referentes aos procedimentos médicos e serviços de saúde de forma tempestiva, econômica e legal?

15. Além dessa questão, foram criadas subquestões de auditoria, a fim de avaliar os procedimentos e serviços de saúde judicializados quanto aos aspectos da pertinência e do preço cobrado:

✓ Subquestão 1.1 – Os procedimentos médicos e serviços de saúde, realizados por meio da judicialização, obedeceram aos trâmites legais?

✓ Subquestão 1.2 – Os procedimentos médicos e serviços de saúde judicializados foram efetuados e eram necessários?

✓ Subquestão 1.3 - Os valores dos procedimentos médicos e serviços de saúde imputados judicialmente à SES/MT estão dentro dos valores de mercado?

16. Para responder essas questões, foram utilizados os seguintes critérios:

a) legislações relacionadas à licitações, contratos, execução de despesa e gestão fiscal (Lei n° 8666/93; Lei n° 4.320/64; e Lei complementar n° 101/00);

b) legislações e normativos referentes à gestão do SUS e da judicialização da saúde de âmbito nacional (Lei n° 8.080/90; Lei n° 55/99/SAS/MS; Normativos do Ministério da Saúde, Agência Nacional da Vigilância Sanitária – Anvisa, Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, Conselho Federal de Medicina – CFM, Recomendações do Conselho Nacional de Justiça n° 31/10 e 36/11); e

c) normativos referentes à gestão do SUS e da judicialização da saúde de âmbito regional (CIB n° 05/11; Portarias n° 55/15/SES/MT e 230/2016/SES/MT; e Provimento n° 02/15 da Corregedoria Geral da Justiça de Mato Grosso).

## 2.2. Metodologia

17. Para delimitação do objeto e definição da amostra de auditoria, foram utilizadas as técnicas referenciadas no manual de auditoria de conformidade do TCE/MT.

<sup>7</sup> Manual de Auditoria de Conformidade (2ª Edição – 2016). Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso.



18. Inicialmente, realizou-se estudos acerca do tema, com seleção e leitura de material bibliográfico, revisão da legislação correlata e avaliação de dados e indicadores preliminares sobre a judicialização da saúde em Mato Grosso.

19. Com o intuito de aprofundar o conhecimento acerca do objeto, foram realizadas entrevistas não-estruturadas com os gestores dos principais órgãos relacionados à judicialização da saúde: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT; Procuradoria Geral do Estado de Mato Grosso – PGE/MT; Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso – DPE/MT; Ministério Público do Estado de Mato Grosso – MPE/MT e Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso – TJ/MT.

20. Após as entrevistas, solicitou-se, aos órgãos citados anteriormente, informações sobre os bloqueios judiciais de saúde em Mato Grosso, a fim de constituir os principais perfis desses bloqueios, relacionados ao tipo de procedimento e/ou serviço de saúde mais demandado judicialmente.

21. Na análise das informações, identificou-se, contudo, inconsistências nos dados apresentados pelos órgãos, dificultando, assim, a categorização dos bloqueios judiciais vinculados à saúde para realização da auditoria.

22. Em razão das divergências detectadas, os bloqueios judiciais de saúde e seus respectivos processos judiciais foram identificados por meio do Sistema de Controle de Depósitos Judiciais do TJ/MT – SisconDJ.

23. Por meio desse sistema e, baseado no princípio da materialidade e relevância, foram selecionados os processos judiciais que continham bloqueios judiciais e alvarás de pagamento que, somados, geravam um montante no valor igual ou acima de 100 mil reais.

24. No total, foram selecionados 307 processos judiciais, contendo 1.013 alvarás de pagamento no valor total de R\$ 90.383.221,35<sup>8</sup>. O detalhamento das técnicas de auditoria utilizadas para selecionar esse quantitativo de processos judiciais, por meio do sistema SisconDJ, consta do Apêndice 1.1. deste relatório.

25. Para delimitação da amostra de auditoria, foi realizado um mapeamento dos 307 processos, buscando categorizá-los mediante os seguintes dados: nº do processo, autor, réu, comarca/vara, valor dos bloqueios judiciais, prestadores de serviços envolvidos e tipo de procedimento e/ou serviço de saúde prestado.

26. O mapeamento desses processos foi realizado por meio de uma tabela de catalogação, conforme demonstrado no Apêndice 1.2. deste relatório.

---

<sup>8</sup> A diferença existente entre o número de processos judiciais e o de alvarás de pagamento se deve ao fato de que um processo judicial pode conter mais de um alvará de pagamento.



27. Após o mapeamento, por meio da amostragem não-estatística, foram selecionados 28 processos judiciais como amostra de auditoria, com base nos critérios de relevância, materialidade, risco e tipo de procedimento ou serviço de saúde.

28. Esses processos são pertencentes às comarcas de 10 municípios: Barra do Garças; Campo Verde; Colíder; Cuiabá; Primavera do Leste; Rondonópolis; Sinop; Tangará da Serra e Várzea Grande.

29. Destaca-se que na seleção desses processos estavam presentes os principais procedimentos cirúrgicos e serviços de saúde demandados judicialmente, bem como os estabelecimentos de saúde que mais atenderam tais demandas judiciais.

30. Devido à extensão e complexidade dos trabalhos, visto que a auditoria envolve a análise de contas médicas hospitalares e conhecimentos específicos da área de medicina, o TCE/MT contratou uma consultoria especializada na avaliação de contas hospitalares, a fim auxiliar na execução dos trabalhos.

31. Nesse sentido, foi emitido relatório técnico da consultoria acerca da pertinência e dos preços praticados nos procedimentos médicos, materiais e medicamentos utilizados nos pacientes vinculados aos processos judiciais.

32. Assim, com base nos trabalhos da consultoria, foram avaliadas a legalidade, legitimidade e economicidade das despesas de saúde imputadas à SES/MT, referentes aos 28 processos judiciais.

33. Importante destacar que na execução dos trabalhos, foram realizadas visitas *in loco* às comarcas do TJ/MT e hospitais/entidades que atenderam as demandas judiciais de saúde, com o objetivo de obter acesso aos processos judiciais e prontuários médicos necessários à auditoria.

34. Para a análise das contas hospitalares, utilizou-se parâmetros de preços praticados no mercado para procedimentos médicos, materiais e medicamentos, com base na classificação brasileira de instituições oficiais e de referência em saúde.

35. A metodologia utilizada para parametrização de preços está contida no descritivo técnico do Apêndice 2 do relatório preliminar.

### **2.3. Materialidade, relevância e riscos**

36. Por meio do SisconDJ, foram selecionados os processos judiciais de saúde com bloqueios que somavam valores iguais ou superiores a R\$ 100 mil reais<sup>9</sup>. Dessa forma, a amostra inicial totalizou 307 processos no valor total de R\$ 90.383.221,35.

<sup>9</sup> Nesses casos, para definir o valor do processo judicial, foram considerados todos os bloqueios a ele referentes, uma vez que em várias situações um mesmo processo judicial continha mais de um alvará de pagamento.



37. Nesse sentido, a Tabela 1 demonstra a divisão desses processos judiciais, elencando-se as quantidades e os valores dos processos ajuizados nas regiões/comarcas mais representativas da judicialização da saúde em Mato Grosso.

<b>Tabela 1 - Regiões mais representativas da judicialização da saúde</b>				
<b>Nº</b>	<b>Comarca</b>	<b>Nº de processos</b>	<b>Valor total</b>	<b>% sobre o total geral</b>
1	Sinop <sup>10</sup>	56	R\$ 31.812.423,51	35,20%
2	Cuiabá	114	R\$ 26.721.953,39	29,57%
3	Rondonópolis	36	R\$ 9.736.501,10	10,77%
4	Primavera do Leste	21	R\$ 5.010.209,64	5,54%
5	Várzea Grande	18	R\$ 4.461.459,78	4,93%
6	Barra do Garças	11	R\$ 2.699.151,68	2,99%
7	Alta Floresta	8	R\$ 1.585.287,01	1,75%
8	Tangará da Serra	5	R\$ 1.579.165,28	1,75%
9	Campo Verde	4	R\$ 829.870,33	0,92%
10	Cáceres	4	R\$ 710.208,46	0,79%
11	Colíder	3	R\$ 610.939,95	0,68%
12	Nova mutum	4	R\$ 569.340,40	0,63%
13	Pedra preta	3	R\$ 565.949,65	0,63%
14	Poxoréo	3	R\$ 544.287,71	0,60%
15	Guiratinga	1	R\$ 527.954,18	0,58%
16	Mirassol d'Oeste	3	R\$ 455.734,15	0,50%
17	Tribunal de Justiça	2	R\$ 455.615,32	0,50%
18	Juara	2	R\$ 265.759,40	0,29%
19	Vera	1	R\$ 232.088,70	0,26%
20	Sorriso	2	R\$ 206.304,00	0,23%
21	Terra Nova do Norte	1	R\$ 205.359,00	0,23%
22	Peixoto de Azevedo	1	R\$ 166.707,86	0,18%
23	Paranatinga	1	R\$ 109.425,07	0,12%
24	Juína	1	R\$ 107.488,00	0,12%
25	Jaurú	1	R\$ 107.420,00	0,12%
26	Tapurah	1	R\$ 106.617,78	0,12%
<b>Total geral</b>		<b>307</b>	<b>R\$ 90.383.221,35</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.

<sup>10</sup> O município de Sinop ficou em primeiro devido às ações de consignação de pagamento, com alto valor de bloqueio, impetradas em face da SES/MT pelos hospitais que não receberam pelos serviços de saúde contratualizados com o Estado.



38. Observa-se que os 307 processos judiciais se encontram em 26 comarcas, sendo que 90,75% (R\$ 82.026.986,11) do valor total dos processos foram ajuizados nas regiões de Sinop, Cuiabá, Rondonópolis, Primavera do Leste, Várzea Grande, Barra do Garças e Alta Floresta.

39. Na delimitação preliminar da amostra de auditoria, buscou-se obter acesso à íntegra dos 307 processos, nas 26 comarcas em que se encontravam, seja *in loco* ou por acesso remoto, a fim de categorizá-los por valor dos bloqueios judiciais, prestadores de serviços envolvidos e tipo de procedimento e/ou serviço de saúde prestado.

40. Todavia, como alguns processos estavam em trânsito para o TJ/MT ou PGE/MT, só foi possível analisar e classificar 281 processos judiciais de saúde. A Tabela 2 apresenta a classificação desses processos por tipo de procedimento e volume financeiro.

<b>Tabela 2 - Classificação dos 281 processos judiciais de saúde</b>				
<b>Tipo de procedimento</b>	<b>Nº de processos</b>	<b>% sobre o nº total de processos</b>	<b>Valor Total</b>	<b>% sobre o total geral</b>
Cirurgia	175	62,29%	R\$ 35.918.822,35	42,37%
Ação de Consignação de Pagamento	13	4,64%	R\$ 27.278.094,20	32,18%
Home Care	68	24,20%	R\$ 16.928.500,58	19,97%
Tratamento Fora de Domicílio	23	8,15%	R\$ 4.228.045,98	4,99%
Medicamentos	2	0,72%	R\$ 413.557,26	0,49%
<b>Total Geral</b>	<b>281</b>	<b>100%</b>	<b>R\$ 84.767.020,37</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.

41. Extraí-se desses dados que, no universo dos 281 processos judiciais, o tipo de procedimento ou serviço de saúde mais judicializado foi a cirurgia (62,29%), seguido do *Home Care* (24,20%) e Tratamento Fora de Domicílio (8,15%).

42. Após essa fase, selecionou-se, do universo, 28 processos judiciais para serem avaliados como amostra de auditoria. Na definição desses processos, buscou-se manter a proporcionalidade e a presença dos principais tipos de procedimento e serviços de saúde demandados judicialmente, bem como os estabelecimentos de saúde que mais atenderam tais demandas judiciais.

43. A Tabela 3 demonstra a amostra de auditoria, especificando os tipos de procedimento, quantidade de processos e volume financeiro.



Tabela 3 - Amostra de auditoria

Tipo de procedimento	Nº de processos	Valor total	% sobre o total geral
Cirurgia	23	R\$ 10.446.871,76	77,88%
Home Care	2	R\$ 1.682.498,68	12,54%
Tratamento Fora de Domicílio	3	R\$ 1.284.032,74	9,57%
<b>Total geral</b>	<b>28</b>	<b>R\$ 13.413.403,18</b>	<b>100%</b>

Fonte: análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.

44. No que se refere os riscos, considerando os trabalhos anteriores realizados pelo TCE/MT, destaca-se a:

- a) ausência de apuração dos valores totais despendidos com a judicialização da Saúde por parte da SES/MT;
- b) não fidedignidade dos dados contábeis apresentados pela SES/MT referentes à judicialização da saúde;
- c) insuficiência e má distribuição na oferta de exames, procedimentos médicos e medicamentos da rede SUS;
- d) ausência de avaliação da prestação de contas das despesas judiciais de saúde imputadas à SES/MT;
- e) pagamentos em duplicidade, pelo estado e município, para o mesmo prestador de serviço de saúde; e
- f) pagamentos por serviços não realizados pelos prestadores de saúde;

45. Esse cenário, além de aumentar a judicialização da saúde em Mato Grosso, favorece o sobrepreço e superfaturamento nos procedimentos e serviços judicializados em face da SES/MT, conforme constatado nos levantamentos já realizados pelo TCE/MT<sup>11</sup>.

## 2.4. Limitações da auditoria

46. Na execução dos trabalhos, observou-se as seguintes limitações de auditoria:

- a) impossibilidade técnica de avaliação da totalidade dos bloqueios judiciais de saúde, efetuados pelo TJ/MT, no período de 2014 a 2016, em razão do corpo técnico reduzido e do prazo para finalização da auditoria;

<sup>11</sup> Levantamentos nº 43.877/2014; 60.224/2014; 119.490/2016; 251.240/2016.



- b) impossibilidade de selecionar todos os processos judiciais vinculados à saúde, devido às inconsistências dos dados apresentados pela SES/MT;
- c) impossibilidade de acesso às notas fiscais de entrada dos prestadores de serviços de saúde, referentes às aquisições de materiais, medicamentos e Órtese, Prótese ou Material Especial – OPME utilizados nos pacientes;
- d) ausência de discriminação analítica das despesas hospitalares, não apresentando um detalhamento, de forma única e fidedigna, dos honorários, procedimentos e serviços médicos prestados aos pacientes;

## 2.5. Dados e indicadores

47. Dados do Sistema Fiplan/MT<sup>12</sup> e da SES/MT apontam que o número de ações judiciais de saúde em face do Estado de Mato Grosso tem aumentado gradativamente nos últimos anos.

48. Entre 2014 a 2016, foram impetradas cerca de 10,5 mil ações judiciais vinculadas à saúde em Mato Grosso, que geraram gastos de aproximadamente R\$ 223 milhões aos cofres públicos, conforme demonstrado na Tabela 4<sup>13</sup>.

**Tabela 4 - Histórico da judicialização da saúde em Mato Grosso**

Exercício	Nº de ações judiciais	Valor total (R\$)
2014	1.251	95.318.690,49
2015	4.141	55.891.681,40
2016	5.123	71.768.770,38
<b>Total geral</b>	<b>10.515</b>	<b>222.979.142,27</b>

**Fonte:** análise de dados do Fiplan/MT e da SES/MT.

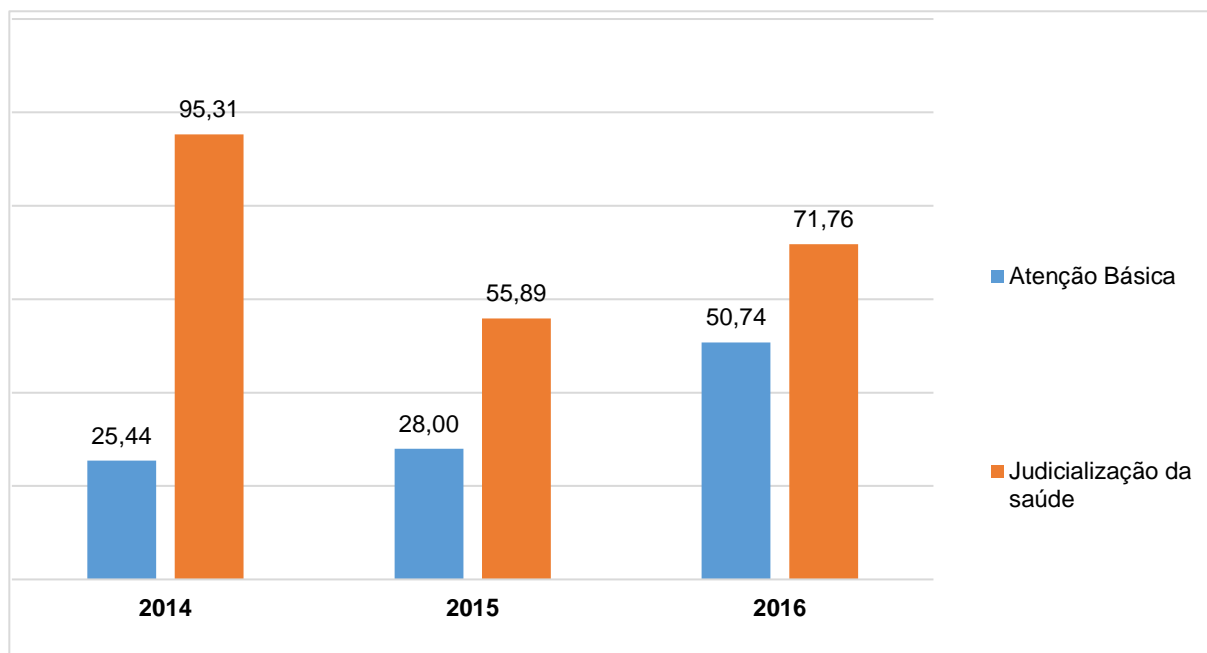
<sup>12</sup> Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado de Mato Grosso.

<sup>13</sup> Cumpre mencionar que os números informados são parciais, uma vez que SES/MT ainda não contabilizou todos as demandas judiciais dos exercícios de 2014 a 2016, conforme determina a Lei nº 4.320/64. Conforme relatado pela SES/MT, os dados foram extraídos manualmente, por meio de planilhas de *Excel*.



49. A título de confrontação, o Gráfico 1 apresenta um comparativo entre o financiamento da Atenção Básica realizado pelo Fundo Estadual de Saúde de Mato Grosso Grosso – FES/MT e os gastos com a judicialização da saúde.

**Gráfico 1 - Volume financeiro gasto com a Atenção Básica X Judicialização da saúde  
(R\$ em milhões)**



**Fonte:** análise de dados do Fiplan/MT e da SES/MT.

50. Da análise do gráfico pode-se afirmar que, em 2014, o valor dispendido com a judicialização da saúde (R\$ 95,31 milhões), quando comparado com o valor gasto pelo FES/MT com a Atenção Básica (R\$ 25,44 milhões), foi quase quatro vezes a maior (374,6%). Em 2015, o valor gasto com a judicialização (R\$ 55,89 milhões) foi cerca de duas vezes a maior (199,6%); e, em 2016, o valor gasto com a judicialização (R\$ 71,6 milhões) representou 141,4% do valor gasto com a Atenção Básica (R\$ 50,74 milhões).

51. Vale lembrar que a Política de Atenção Básica, executada pelos municípios e o Distrito Federal, é a “porta de entrada” dos usuários no SUS. Tal política tem por objetivo prevenir doenças, solucionar possíveis casos de agravos da saúde e direcionar os mais graves para níveis de atendimento de maior complexidade.

52. Destaca-se que na análise preliminar dos 281 processos judiciais, a equipe técnica do TCE/MT, ao examinar R\$ 84,76 milhões, conseguiu atingir 38% das demandas judiciais, ocorridas no período de 2014 a 2016, em face da SES/MT.



53. Dos R\$ 84,76 milhões analisados, em relação ao tipo de procedimento que apresentou maior desembolso financeiro dos cofres públicos, procedimento cirúrgico, com 35,92 milhões (42,37%), constata-se que essas despesas de cirurgia nos municípios de Cuiabá, Sinop, Rondonópolis e Várzea Grande representaram 82,45% (R\$ 29,62 milhões), conforme demonstrado na Tabela 5.

<b>Tabela 5 - Gastos da judicialização da saúde com cirurgia por municípios</b>			
<b>Nº</b>	<b>Município</b>	<b>Valor total</b>	<b>% sobre o valor total geral</b>
1	Cuiabá	R\$ 17.721.481,93	49,34%
2	Sinop	R\$ 7.004.227,18	19,50%
3	Rondonópolis	R\$ 3.376.115,68	9,40%
4	Várzea grande	R\$ 1.513.847,38	4,21%
5	Alta floresta	R\$ 1.200.617,01	3,34%
6	Primavera do Leste	R\$ 1.160.604,45	3,23%
7	Campo verde	R\$ 829.870,33	2,31%
8	Colíder	R\$ 610.939,95	1,70%
9	Nova Mutum	R\$ 411.092,50	1,15%
10	Mirassol D'oeste	R\$ 347.887,43	0,97%
11	Tangará da Serra	R\$ 340.762,38	0,95%
12	Barra do Garças	R\$ 267.206,77	0,74%
13	Juara	R\$ 265.759,40	0,74%
14	Vera	R\$ 232.088,70	0,65%
15	Peixoto de Azevedo	R\$ 166.707,86	0,47%
16	Cáceres	R\$ 147.276,33	0,41%
17	Paranatinga	R\$ 109.425,07	0,30%
18	Jaurú	R\$ 107.420,00	0,30%
19	Sorriso	R\$ 105.492,00	0,29%
<b>Total</b>		<b>R\$ 35.918.822,35</b>	<b>100%</b>

Fonte: análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.

54. Outro procedimento de destaque foi o *Home Care* que apresentou alvarás de pagamento no montante de R\$ 16,9 milhões. A Tabela 6 demonstra as localidades de maior incidência e seus respectivos volumes dispendidos, sendo que Rondonópolis, Primavera do Leste, Sinop e Barra do Garças, representaram 79,6% (R\$ 13,48 milhões) dos gastos com Home Care.



Nº	Município	Valor total	% sobre o valor total geral
1	Rondonópolis	R\$ 5.164.802,50	30,51%
2	Primavera do Leste	R\$ 3.410.591,66	20,15%
3	Sinop	R\$ 2.474.484,17	14,62%
4	Barra do Garças	R\$ 2.431.944,91	14,37%
5	Cuiabá	R\$ 1.333.343,24	7,88%
6	Pedra Preta	R\$ 565.949,65	3,34%
7	Guiratinga	R\$ 527.954,18	3,12%
8	Poxoréo	R\$ 418.676,71	2,47%
9	Alta Floresta	R\$ 384.670,00	2,27%
10	Várzea Grande	R\$ 216.083,56	1,28%
<b>Total</b>		<b>R\$ 16.928.500,58</b>	<b>100%</b>

Fonte: análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.

55. Com relação ao Tratamento Fora de Domicílio, os alvarás de pagamentos dos processos judiciais totalizaram R\$ 4,2 milhões. Esse tipo de procedimento foi demandado judicialmente por sete regiões de Mato Grosso, conforme demonstrado na Tabela 7.

Nº	Município	Valor total	% sobre o valor total geral
1	Cuiabá	R\$ 2.957.151,17	69,94%
2	Várzea Grande	R\$ 414.487,00	9,80%
3	Rondonópolis	R\$ 357.706,60	8,46%
4	Sinop	R\$ 164.431,49	3,89%
5	Poxoréo	R\$ 125.611,00	2,97%
6	Mirassol D'oeste	R\$ 107.846,72	2,55%
7	Sorriso	R\$ 100.812,00	2,38%
<b>Total</b>		<b>R\$ 4.228.045,98</b>	<b>100%</b>

Fonte: análise de dados do sistema SisconDJ/TJ/MT.



## Apêndice 1.1. – Detalhamento das técnicas de auditoria utilizadas para selecionar processos judiciais de saúde com pagamentos acima de 100 mil reais

1. O Sistema de Controle de Depósitos Judiciais – SisconDJ<sup>14</sup>, pertencente ao Tribunal de Justiça de Mato Grosso em parceria com o Banco do Brasil, realiza a gestão de depósitos judiciais advindos de bloqueios e outras decisões judiciais.

2. Por meio desse sistema, é possível realizar consultas de alvarás de pagamentos, extratos de depósitos judiciais e pagamentos realizados.

3. Como o sistema SisconDJ mantém interoperabilidade<sup>15</sup> com o sistema financeiro do Banco do Brasil para realização de transações financeiras, verificou-se que as informações desse sistema, no que se refere aos bloqueios judiciais e alvarás de pagamento, são fidedignas.

4. Deste modo, considerando o período de 2014 a 14 de março de 2017, extraiu-se relatórios do sistema SisconDJ com dados de 287.112 alvarás de pagamentos pertencentes a 186.588 processos judiciais. Destaca-se que em cada alvará está contido o número do CPF/CNPJ da pessoa que recebeu o pagamento.

5. Nesse sentido, visando identificar os alvarás de pagamentos e os processos judiciais vinculados à saúde no Estado de Mato Grosso, foi realizado um cruzamento eletrônico de dados entre os 287.112 alvarás com uma lista de 5.474 CNPJs pertencentes aos estabelecimentos de saúde do Estado<sup>16</sup>.

6. A lista dos CNPJs foi constituída por meio dos dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS<sup>17</sup> e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, que forneceu as principais empresas que atendem demandas judiciais de saúde em Mato Grosso.

7. Após o cruzamento de dados, com o intuito de obter os processos judiciais de saúde com maior relevância e materialidade, aplicou-se filtros para selecionar os processos que continham pagamentos/bloqueios que somavam valores iguais ou superiores a 100 mil reais<sup>18</sup>.

<sup>14</sup> **Sistema de Controle de Depósitos Judiciais – SisconDJ.** Tribunal de Justiça de Mato Grosso. Disponível em <<http://siscondj.tjmt.jus.br/siscondj-tjmt/login.jsp>>.

<sup>15</sup> Interoperabilidade é a capacidade de um sistema (informatizado ou não) de se comunicar de forma transparente (ou o mais próximo disso) com outro sistema (semelhante ou não).

<sup>16</sup> O cruzamento eletrônico de dados foi realizado por meio do sistema de banco de dados Oracle.

<sup>17</sup> **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Ministério da Saúde. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

<sup>18</sup> O filtro de dados foi realizado por meio do sistema de banco de dados Oracle.



8. Assim, a aplicação desses filtros resultou em 307 processos judiciais, compostos por 1.013 alvarás de pagamentos, totalizando R\$ 90.383.221,35, conforme demonstrativo da tabela 1.

<b>Tabela 1 - Demonstrativo dos 307 processos judiciais de saúde</b>			
<b>Ano</b>	<b>Quantidade de processos</b>	<b>Quantidade de alvarás</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
2014	101	264	23.122.943,48
2015	92	324	29.372.291,54
2016	106	371	35.202.731,20
2017	8	54	2.685.255,13
<b>Total geral</b>	<b>307</b>	<b>1.013</b>	<b>90.383.221,35</b>

9. Importante citar que esse total não representa todos os processos relacionados à saúde. Essa limitação deve-se à desatualização da lista de CNJPs dos prestadores de saúde que atendem demandas judiciais em Mato Grosso<sup>19</sup> e aos dados incompletos fornecidos pela SES/MT.

<sup>19</sup> Lista constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS.





# **Apêndice 2 - Relatório da Equipe Técnica Médica da Consultoria Especializada**

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MATO GROSSO

AUDITORIA REFERENTE AS CONTAS HOSPITALARES DO PACIENTE  
R.M.S.J.

Relatório de Auditoria em Saúde Qualirede

EQUIPE TÉCNICA QUALIREDE

Florianópolis/SC, Setembro de 2017

## **LISTA DE SIGLAS**

AMB - Associação Brasileira de Medicina de Grupo - Abramge Associação Médica

Brasileira

ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CFM - Conselho Federal de Medicina

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades CNS -

Filantrópicas - Confederação Nacional de Saúde

CTNPM - Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FenaSaúde - Federação Nacional de Saúde Suplementar

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

SES-MT - Secretaria de Saúde de Mato Grosso

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos

TCE-MT - Tribunal de Contas de Mato Grosso

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens .....36

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM .....27

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Faturamento apresentado da conta hospitalar .....34

Tabela 2 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital.....	36
Tabela 3 - Demonstrativo do cálculo de honorários médicos cirúrgicos .....	38
Tabela 4 - Demonstrativo do cálculo de honorários médicos de visitas .....	43
Tabela 5 - Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais .....	45
Tabela 6 - Demonstrativo do cálculo de taxas .....	46
Tabela 7 - Demonstrativo do cálculo de materiais .....	49
Tabela 8 - Demonstrativo do cálculo de medicamentos .....	50
Tabela 9 - Resumo total da auditoria – conta paciente R.M.S.J. ....	52

## 1. INTRODUÇÃO

Ações deferidas pelo Poder Judiciário de Mato Grosso – PJMT – voltado à realização de tratamentos médicos e uso de medicamentos de alto custo, subsidiados pelo Estado e Municípios à população mato-grossense, geraram impactos na gestão orçamentária dos próprios Serviços Públicos de Saúde. Frente a esta conjuntura, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso – TCE/MT– reorienta ações voltadas à fiscalização das despesas públicas. Uma das vias para a realização da mesma foi a licitação da empresa *Qualirede* para realização da capacitação em auditoria e faturamento hospitalar aos servidores do TCE/MT e consultoria técnica especializada em auditoria de contas hospitalares.

Deste modo, a *Qualirede* realizou, por meio de equipe multiprofissional de auditoria em saúde - com base nos processos judiciais e prontuários apresentados pelo TCE/MT, análise de pertinência técnica de atendimentos, valores de procedimentos, materiais, medicamentos, e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, cobradas em contas médicas hospitalares oriundas de demandas judiciais, nos exercícios de 2014 a 2017. Esta análise seguiu princípios da legalidade, legitimidade e economicidade em cumprimento às demandas judiciais.

A auditoria hospitalar tem se destacado como instrumento de fiscalização e controle para o gerenciamento de informações frente à complexidade das questões voltadas à área da saúde, em nível local, regional, nacional e internacional. Neste contexto, a auditoria retrospectiva analisa contas apresentadas após a realização de atendimentos, a fim de minimizar a redução dos desperdícios e identificar inconsistências nas cobranças, com foco na qualidade do atendimento e segurança do paciente.

### 1.1. Identificação do objeto

O objeto desta auditoria compreende a avaliação de pertinência dos custos assistenciais frente a atendimentos prestados em cumprimento do processo judicial nº 265-68.2016.811.0063, encaminhadas pelo Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba/PR, ao TCE/MT. Este, proveniente do

Tratamento Fora do Domicílio - TFD, baseado na Resolução CIB Nº 041 de 05 de agosto de 2004 (conforme anexo I), advindo da assistência prestada ao paciente R.M.S.J.

## 1.2. Objetivo e escopo

O levantamento teve por objetivo e escopo a avaliação da legalidade, legitimidade e economicidade dos seguintes itens que compõem as despesas hospitalares e médicas do paciente R.M.S.J. no Hospital Pequeno Príncipe:

- a) honorários médicos e outros profissionais de saúde;
- b) diárias e taxas hospitalares;
- c) órteses, Próteses e Materiais Especiais;
- d) materiais, medicamentos e gases;
- e) equipamentos; e
- f) exames diagnósticos.

## 1.3. Volume de recursos analisados

Os serviços prestados ao paciente R.M.S.J., pelo Hospital Pequeno Príncipe, gerou à Comarca de Cuiabá/MT uma contrapartida financeira ao Estado de R\$695.198,18, conforme alvaras de pagamento apresentado em processo.

O valor do somatório das notas emitidas foi de **R\$681.940,07**.

O valor constante no relatório de despesas hospitalares oriunda no tratamento do paciente  
foi de **RS652.031,97**.

## 2. METODOLOGIA

A equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* - composta por médicos de múltiplas especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista e farmacêutico – teve por referência, para a presente avaliação de pertinência dos custos assistenciais, a análise de prontuário hospitalar, de conta médica e análise de dados do processo judicial.

Para avaliar a legalidade, legitimidade e economicidade dos itens elencados nas contas hospitalares, foi realizada a parametrização de preços dos procedimentos, serviços e materiais médicos conforme o praticado no mercado de saúde suplementar, com base na classificação brasileira de instituições oficiais e de referência em saúde.

Destaca-se que o TCE/MT orientou para esta avaliação a utilização de tabelas de referência atualizadas para a parametrização de preços, em que:

- a) Para os serviços/procedimentos médicos e OPME foi utilizado a valoração praticada no ano de 2016;
- b) Para materiais, medicamentos, diárias e taxas, foi utilizada a valoração praticada no ano de 2017.

Estes, sem aplicação de deflatores, ainda que a internação tenha sido realizada em anos anteriores.

## 2.1. Honorários Médicos e outros profissionais

Os procedimentos médicos são classificados conforme orienta a Associação Médica Brasileira – AMB – por meio da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. Esta é parâmetro para cobrança de honorários médicos e visa garantir remuneração digna e equilibrada frente os serviços prestados.

A CBHPM surgiu da ação unificada da AMB, do Conselho Federal de Medicina – CFM, Sociedades de Especialidades e apoio das demais entidades médicas do país.

São apresentados a seguir, alguns critérios de valoração de atos cirúrgicos definidos pela CBHPM:

*Figura 1 - Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM*

### 4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

- 4.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma **via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- 4.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- 4.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
- 4.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.
- 4.5. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.
- 4.6. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

## 5. AUXILIARES DE CIRURGIA

- 5.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.
- 5.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

**Fonte:** CBHPM, 2016 página 27.

Conforme determina a Resolução CFM nº 1.673/03, a classificação supracitada é adotada como o padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar e inclui suas instruções gerais e valores.

Cabe destacar que, os levantamentos realizados pelo CFM frente aos valores apresentados na Tabela SUS, não foi considerado como parâmetro os valores constantes do *Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP*, do Ministério da Saúde - MS. Por essa razão, como parâmetro para definição dos valores de referência adotados no levantamento, foi considerada a classificação CBHPM de 2016, na forma plena, sem aplicação de deflator.

Os valores definidos na CBHPM são propostos pelos grupos de cada especialidade médica. Assim, foi estabelecido valor base ou de referência no mercado privado, obedecendo os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Para os honorários dos demais profissionais de saúde, como por exemplo, do Fisioterapeuta,

foi utilizado a tabela de referência do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 10º Regional – CREFITO/SC, e para o Fonoaudiólogo, a tabela do Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Paraná - SINFOPAR, garantindo remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

Importante salientar que, em relação a tabela de honorários da fisioterapia, foi utilizada a do CREFITO/SC como referência, logo que, não há uma tabela única a nível nacional e a tabela CREFITO/PR não compreende domínio público.

## **2.2. Diárias**

Fazem parte do grupo dos serviços utilizados, as diárias de apartamento e de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTI.

Como parâmetro comparativo de valoração foi utilizado tabela de reembolso de uma cooperativa de serviços de saúde (citada na bibliografia), aplicada em hospitais da rede da saúde suplementar, que acata princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

## **2.3. Taxas**

Estão inclusos neste item, de forma geral, valores faturados e descritos como: taxas administrativas, taxas de expediente, taxas de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros.

Como parâmetro para composição das taxas cobradas pelos prestadores, foi adotado a “Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde

Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta”. Este documento foi elaborado em conjunto pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, Confederação Nacional de Saúde - CNS, Federação Brasileira de Hospitais - FBH, Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS, Unimed do Brasil, e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A finalidade precípua da análise do documento da ANS foi averiguar a pertinência dos itens cobrados à parte, nas faturas dos hospitais, verificando se as taxas estão ou não inclusas no custo operacional dos procedimentos cirúrgicos e/ou outros procedimentos realizados.

Para remuneração de gases medicinais não houve tabela referência padronizada.

## **2.4. Materiais e Medicamentos**

Os materiais comuns e medicamentos foram avaliados conforme a pertinência e quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços médicos prestados ao paciente. Para parametrização de preços desses itens, foi utilizado os preços da Tabela das Informações e Soluções em Saúde Farmacêuticos (SIMPRO e BRASÍNDICE), respectivamente. Foram utilizados, para a presente avaliação, os valores atualizados no exercício de 2017, sem deflator.

A SIMPRO compreende revista referencial para preços de Medicamentos e Produtos para a Saúde, utilizada como parâmetro nas negociações entre hospitais e operadoras de saúde suplementar para faturamento de contas médicas, cotações e licitações. E, a

BRASÍNDICE é referencial para preços de medicamentos comercializados em âmbito nacional, publicado por empresa especializada. Nesta última, consta tabela com descrição de preço de fábrica – PF – e preço máximo ao consumidor – PMC, além das alíquotas de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS – aplicáveis nos diversos Estados da Federação.

Foram utilizados os valores constantes da coluna PF, utilizando o ICMS, do Estado do Paraná (12%). Frente a multiplicidade de materiais e medicamentos que foram analisados nesta avaliação, foram aplicados itens com base na relevância e materialidade. Foram considerados materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor, conforme técnica da curva ABC de representatividade.

## **2.5. Órtese, Prótese ou Material Especial - OPME**

Para OPME, foi avaliada a pertinência e quantidade de itens utilizados para realização dos procedimentos e serviços médicos ao paciente. No contexto de parâmetro de preços, foram utilizados valores obtidos na tabela padronizada pelo Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos - CTNPM. Este se trata de um fórum de negociação de OPME, com o propósito de viabilizar junto aos seus principais fornecedores, condições comerciais justas e compatíveis com o potencial de negócio oferecido pelo mercado de saúde.

A CTNPM é uma das tabelas de referência mais completas utilizada em âmbito nacional, porém não descreve alguns fornecedores e/ou marcas. Desta forma, para estes comparativos, foram utilizados análogos, em que, todos os casos foram utilizados os de maior valor de cada item e/ou material existente de acordo com a especificação técnica, matéria-prima, tamanho e modelo.

Pesquisas realizadas pelo CFM acerca dos valores aplicados pela Tabela SUS mostraram que a mesma compreende valores defasados e desatualizados. Deste modo, **não** foram considerados como parâmetros os valores constantes do SIGTAP, e sim, seguidas orientações do TCE, para utilização apenas de tabelas de referência da saúde suplementar.

A análise dos OPMEs constantes na presente avaliação foi baseada conforme pertinência técnica e comparativa de valores cobrados em conta, *versus* tabela de referência.

## **2.6. Resumo das referências adotadas**

A avaliação realizada pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* se orientou conforme os parâmetros da prática e das referências para a parametrização de preços, do Sistema de Saúde Suplementar do país. Estas, apresentadas a seguir:

- a) CBHPM, CFM, Federação Médica Brasileira - FMB - e Federação Nacional dos Médicos - FENAM. Estas, utilizadas para remunerar honorários médicos;
- b) a tabela de referência regional do CREFITO/SC para os honorários do profissional fisioterapeuta;
- c) tabela referência de operadora nacional, utilizada para remunerar diária hospitalar;
- d) Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta, para avaliar cobrança de taxas hospitalares e de equipamentos;

- e) revistas de referência de mercado como a BRASÍNDICE e SIMPRO para remunerar medicamentos e materiais respectivamente;
- f) CTNPM para OPMEs.

## 2.7. Limitações

Foram identificadas durante a análise em prontuário as seguintes limitações:

- a) metodologia da apresentação: disponibilizado arquivo eletrônico no formato PDF, o que dificultou a avaliação dos itens devido a desordem nos prontuários. Após a impressão, a apresentação destes estava completamente desordenada, em termos de sequência cronológica, locais de internação, procedimentos, evoluções da equipe multidisciplinar, não apresentando sequência lógica, mas sim duplicidade de registros;
- b) complexidade da análise de auditoria devido à ausência do registro de informações da equipe médica assistencial;
- c) inexistência de espelhos (relatórios) da fatura hospitalar, contendo as despesas pormenorizadas dos diversos procedimentos e serviços prestados ao paciente;
- d) descrição genérica dos honorários e serviços cobrados nas faturas, o que impossibilitou a análise dos grupos de despesas, assim como, a cobrança de códigos incompatíveis, destinados à remuneração de outros profissionais da saúde;
- e) o valor total dos itens apresentados não corresponde ao somatório dos itens individuais (multiplicando pela quantidade) no espelho da conta.

### 3. HISTÓRICO DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DOS VALORES COBRADOS

#### 3.1. Histórico e processo de regulação

Paciente R.M.S.J., prontuário nº 265-68.2016.811.0063 TFD, para cumprimento de liminar judicial. O mesmo, com diagnóstico de transposição dos grandes vasos da base, seio venoso com comunicação interatrial e anastomose sistêmico pulmonar à direita. Necessidade de ser submetido à cirurgia de correção da comunicação interatrial, tipo seio venoso, mais fechamento do remendo com Membrana Filtrante de Politetrafluoretileno (PTFE) e retirada da bandagem pulmonar.

Conforme consta no processo judicial foram pagos ao Hospital Pequeno Príncipe R\$695.198,18, sendo que **R\$681.940,07** compreenderam ao valor do somatório das NFs emitidas e **R\$652.031,97** abrangeram o faturamento da conta hospitalar apresentada referente ao período de 21/01/2014 a 08/04/2014. Entretanto resta no processo uma nota fiscal apresentada no valor de **R\$43.308,36** que não foi analisada por inexistência de evidências, como o espelho e prontuário.

Tabela 8. Faturamento apresentado da conta hospitalar

Serviço	21/01/2014 a 22/02/2014 1ª Parcial	23/02/2014 a 07/03/2014 2ª Parcial	08/03/2014 a 22/03/2014 3ª Parcial	23/03/2014 a 08/04/2014 4ª Parcial	21/01/2014 a 08/04/2014 Total de HM Dr. Octavio S. Silva	Valor Total Pago
Honorários dos profissionais de saúde	R\$107.091,98	R\$38.948,82	R\$13.349,34	R\$75.609,12	R\$13.400,26	R\$248.399,52
Materiais	R\$60.404,26	R\$21.865,15	R\$23.425,21	R\$39.113,65	-	R\$144.808,27
Exames Complementares	R\$34.136,04	-	R\$5.023,59	R\$38.011,59	-	R\$77.171,22
Diária	R\$20.701,00	R\$9.971,00	R\$11.505,00	R\$12.272,00	-	R\$54.449,00
Gases Medicinais	R\$17.578,00	R\$9.622,00	R\$10.240,00	R\$11.949,00	-	R\$49.389,00
Medicamentos	R\$10.267,37	R\$4.724,81	R\$5.261,42	R\$10.459,85	-	R\$30.713,45
Materiais Especiais OPME	R\$4.859,14	R\$10.443,93	-	R\$8.609,44	-	R\$23.912,51
Taxas	R\$8.768,00	R\$5.790,00	R\$3.766,00	R\$4.545,00	-	R\$22.869,00
Gastos Extras	R\$320,00	-	-	-	-	R\$320,00
<b>Total Apresentado</b>	<b>R\$264.125,79</b>	<b>R\$101.365,71</b>	<b>R\$72.570,56</b>	<b>R\$200.569,65</b>	<b>R\$13.400,26</b>	<b>R\$652.031,97</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente.

Conforme dados coletados do prontuário, o paciente R.M.S.J., com 7 meses de vida, foi primeiramente atendido no Hospital Pequeno Príncipe em 19 de dezembro de 2013, para a realização de um cateterismo cardíaco de câmaras esquerda, pelo cirurgião Dr. Leo Agostinho Solarewicz, logo após foi encaminhado aos cuidados clínicos do Dr. Octavio de Souza e Silva Netto, também do Hospital Pequeno Príncipe que solicitou sua internação de urgência para a realização de procedimento cirúrgico com a equipe do cirurgião Dr. Fabio Said Sallum.

O paciente foi internado no Hospital Pequeno Príncipe em 21/01/2014 às 09:39h, com histórico clínico de Cardiopatia Congênita (diagnóstico de transposição dos grandes vasos da base, seio venoso com comunicação interatrial e anastomose sistêmico pulmonar à direita).

No dia 31/01/2014 foi submetido à cirurgia de redirecionamento de fluxo sanguíneo com confecção de bandagem da artéria pulmonar, procedimento que ocorreu sem intercorrências. Evoluiu com melhora parcial de seu quadro clínico, devido ao alto risco de falência do ventrículo esquerdo. No dia 05/02/2014 foi submetido novamente à cirurgia de redirecionamento de fluxo sanguíneo com confecção de bandagem da artéria pulmonar com o cirurgião Dr. Fabio Said Sallum. No dia 27/02/2014 realizou oclusão percutânea do canal arterial com o cirurgião Dr. Leo Agostinho Solarewicz. No Dia 02/04/2014 realizou novo procedimento de correção cirúrgica de comunicação interatrial com cirurgião Dr. Fabio Said Sallum. No pós-operatório o paciente não apresentou evolução favorável, tendo alguns episódios de bradicardia e dessaturação, levando à parada cardíaca, após várias manobras de reanimação sem sucesso, o paciente veio a óbito no dia 07/04/2014 às 23:30h.

### **3.2. Avaliação dos valores cobrados**

De acordo com as despesas apresentadas na conta hospitalar, é evidenciada na tabela abaixo a representatividade da divisão da fatura enviada pelo Hospital Pequeno Príncipe para o atendimento

do paciente R. M. S. de J., de acordo com os grupos de despesas.

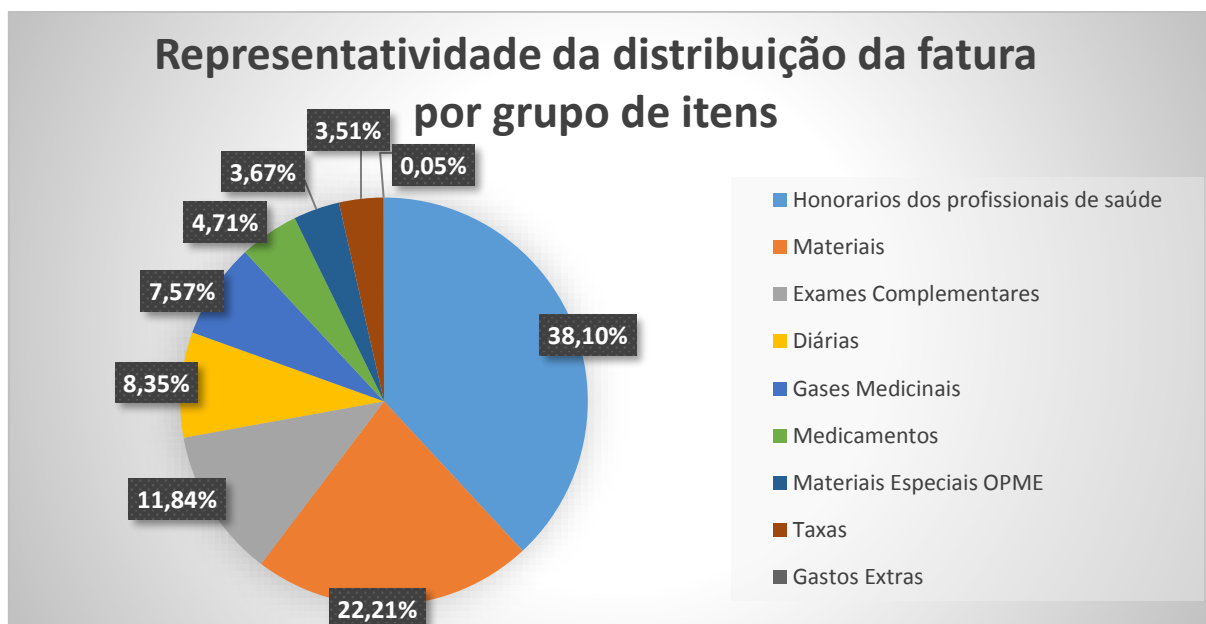
Tabela 9 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital

Item/Serviço	Valor total pago
Honorários dos profissionais de saúde	R\$ 248.399,52
Materiais	R\$ 144.808,27
Exames Complementares	R\$ 77.171,22
Diárias	R\$ 54.449,00
Gases Medicinais	R\$ 49.389,00
Medicamentos	R\$ 30.713,45
Materiais Especiais OPME	R\$ 23.912,51
Taxas	R\$ 22.869,00
Gastos Extras	R\$ 320,00
<b>Total global apresentado</b>	<b>R\$ 652.031,97</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente.

É possível identificar que o maior grupo se refere aos honorários médicos e demais profissionais de saúde (38,10%). Em seguida, estão as despesas referentes aos materiais (22,21%), exames complementares (11,84%), diárias (8,35%), gases medicinais (7,57%), medicamentos (4,71%), OPME (3,67%), taxas (3,51%) e gastos extras (0,05%).

Gráfico 2 - Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens



Fonte: Dados do prontuário do paciente.

A seguir, são apresentados achados pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede*, referente às despesas apresentadas pelo hospital durante a realização do tratamento médico ao paciente.

### 3.2.1 Honorários dos profissionais de saúde

Nas despesas enviadas pelo Hospital Pequeno Príncipe foram apresentados os valores cobrados de honorários (cirúrgico, visitas e outros profissionais de saúde), totalizando, R\$248.399,52.

Para a parametrização de preços dos honorários médicos cirúrgicos, foi utilizado os valores cobrados pela Tabela CBHPM de 2016, sem aplicação de deflator. A CBHPM é o parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

#### **Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários da equipe médica**

- Honorários Equipe Cirúrgica

Conforme relatórios cirúrgicos foram realizados os procedimentos descritos na tabela abaixo.

O apresentado na terceira coluna compreende ao valor total cobrado de honorários médicos de toda a equipe participante e abrange todos os procedimentos cirúrgicos realizados.

O valor apresentado na quinta coluna compreende ao valor de referência da CBHPM.

Tabela 10 - Demonstrativo do cálculo de honorários médicos cirúrgicos

Conta apresentada pelo hospital			Análise da Auditoria Técnica							
Honorários Médicos - Cirúrgico	Quantidade cobrada	Valor Cobrado	Honorários Médicos - Cirúrgico	Porte	Via de acesso	Grau de participação	Quantidade devida	Valor de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>31/01/2014</b>										
3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose) (14A - 2aux - Anes. 6=9B)	1	R\$35.900,22	3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	14A	100%	100%	1	R\$3.748,70		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	14A	100%	30%	1	R\$1.124,61		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Carlos Alexandre Spera (2º aux.)	14A	100%	20%	1	R\$749,74		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	10C	50%	100%	1	R\$724,82		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	10C	50%	30%	1	R\$217,44		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Carlos Alexandre Spera (2º aux.)	10C	50%	20%	1	R\$144,96		
			3.09.06.16-4 Implante de cateter venoso central por punção (PAM)	2C	70%	100%	1	R\$74,52		
			3.09.06.16-4 Implante de cateter venoso central por punção (PAM)	2C	70%	30%	1	R\$22,36		
			3.09.06.16-4 Implante de cateter venoso central por punção (PAM)	2C	70%	20%	1	R\$14,90		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção (CVC)	4B	70%	100%	1	R\$197,83		
3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção (CVC)	4B	70%	30%	1	R\$59,35					

			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção (CVC)	4B	70%	20%	1	R\$39,56		
			3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	6B	70%	100%	1	R\$330,42		
			3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	6B	70%	30%	1	R\$99,12		
			3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada Drº Carlos Alexandre Spera (2º aux.)	6B	70%	20%	1	R\$66,08		
3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose) (14A - 2aux - Anes. 6=9B) Drº Marcelo Forquevitz (anestesista)	1	R\$14.360,30	3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo	9B	100%	100%	1	R\$1.018,91		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar	9B	50%	100%	1	R\$509,45		
			3.09.06.16-4 Implante de cateter venoso central por punção (PAM)	3A	70%	100%	1	R\$103,74		
<b>Total</b>		<b>R\$50.260,52</b>						<b>R\$9.246,51</b>	<b>R\$41.014,01</b>	<b>81,60%</b>
<b>05/02/2014</b>										
3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose) Drº Fabio Said Sallum	1	R\$17.900,37	3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	14A	100%	100%	1	R\$3.748,70		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	10C	50%	100%	1	R\$1.449,64		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	14A	100%	30%	1	R\$1.124,61		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	10C	50%	30%	1	R\$434,89		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Fabio Rodrigues Silva (2º aux.)	14A	100%	20%	1	R\$749,74		
			3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Drº Fabio Rodrigues Silva (2º Aux.)	10C	50%	20%	1	R\$289,92		
3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose)	1	R\$8.950,13	3.09.01.04-9 Confecção de bandagem da artéria pulmonar Dr. Sergio Bernardo Tenório (Anestesista)	9B	100%	100%	1	R\$1.018,91		

gestão de planos de saúde										
Drº Sergio Bernardo Tenório(anestesiata)			3.09.01.04-9 Confeção de bandagem da artéria pulmonar Dr. Sergio Bernardo Tenório (Anestesiata)	9B	50%	100%	1	R\$1.018,91		
<b>Total</b>		<b>R\$26.850,50</b>						<b>R\$9.835,32</b>	<b>R\$17.015,18</b>	<b>63,37%</b>
<b>27/02/2014</b>										
3.09.07.05-5 Dissecção de veia ou colocação cateter venoso (Drº Wanderley Saviolo Ferreira)	1	R\$800,03	3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção (Drº Wanderley Saviolo Ferreira)	4B	100%	100%	1	R\$282,61		
3.09.12.14-8 Oclusão percutânea do canal arterial (Cirurgião Drº Leo Agostinho Solarewicz)	1	R\$25.000,59	3.09.12.14-8 Oclusão percutânea do canal arterial (Cirurgião Drº Leo Agostinho Solarewicz)	10B	100%	100%	1	R\$1.306,09		
3.09.12.14-8 Oclusão percutânea do canal arterial (Anestesiata Drº Gizelda Spegginorin)	1	R\$4.000,10	3.09.12.14-8 Oclusão percutânea do canal arterial (Anestesiata Drº Gizelda Spegginorin)	10B	100%	100%	1	R\$730,18		
<b>Total</b>		<b>R\$29.800,72</b>						<b>R\$2.318,88</b>	<b>R\$ 27.481,84</b>	<b>92,22%</b>
<b>09/03/2014</b>										
3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada (Drº Carlos Alexandre Spera)	1	R\$2.800,04	3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada (Drº Carlos Alexandre Spera)	6B	100%	100%	1	R\$472,04		
<b>Total</b>		<b>R\$2.800,04</b>						<b>R\$ 472,04</b>	<b>R\$2.328,00</b>	<b>83,14%</b>
<b>02/04/2014</b>										
3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (Cirurgiões)	1	R\$42.600,30	3.09.01.11-1 Transposição (vasos, câmaras) (Cirurgião Fabio Said Sallum)	14B	100%	100%	1	R\$4.078,67		
			3.09.01.11-1 Transposição (vasos, câmaras) (1º aux. Wanderley Saviolo Ferreira)	14B	100%	30%	1	R\$1.223,60		
			3.09.01.11-1 Transposição (vasos, câmaras) (2º aux. Carlos Alexandre Spera)	14B	100%	20%	1	R\$815,73		
			3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (Cirurgião Fabio Said Sallum)	11B	50%	100%	1	R\$840,94		
			3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (1º aux. Wanderley Saviolo Ferreira)	11B	50%	30%	1	R\$252,28		
			3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (2º aux. Carlos Alexandre Spera)	11B	50%	20%	1	R\$168,18		
			3.09.05.06-0 (Perfusionista Djalma Luiz Faraco)	8A	100%	100%	1	R\$788,24		

			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (Cirurgião Fabio Said Sallum)	8A	50%	100%	1	R\$394,62		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (1º aux. Wanderley Saviolo Ferreira)	8A	50%	30%	1	R\$118,38		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (2º aux. Carlos Alexandre Spera)	8A	50%	20%	1	R\$78,92		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	14A	50%	100%	1	R\$1.874,35		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	14A	50%	30%	1	R\$562,30		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo Drº Carlos Alexandre Spera (2º aux.)	14A	50%	20%	1	R\$374,87		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção Drº Fabio Said Sallum (Cirurgião Principal)	4B	70%	100%	1	R\$197,82		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção Drº Wanderley Saviolo (1º Aux.)	4B	70%	30%	1	R\$59,34		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção Drº Carlos Alexandre Spera (2º aux.)	4B	70%	20%	1	R\$39,56		
3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (Anestesista)	1	R\$12.000,16	3.09.01.05-7 Correção Cirúrgica de comunicação interatrial (Anestesista Angel Oliveira Serra)	11B	50%	100%	1	R\$509,45		
			3.09.01.11-1 Transposição (vasos, câmaras) (Anestesista)	9B	100%	100%	1	R\$1.018,91		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (Drº Angel Serra Zanetti Anestesista)	10C	50%	100%	1	R\$724,82		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose) (Anestesista Angel Oliveira Serra)	9B	50%	100%	1	R\$509,45		
<b>Total</b>		<b>R\$54.600,46</b>						<b>R\$14.630,43</b>	<b>R\$39.970,03</b>	<b>73,20%</b>
<b>03/04/2014</b>										

3.09.15.02-3 Drenagem do pericárdio (Drº Fabio Rodrigues Silva(cirurgião))	1	R\$3.100,03	3.09.15.02-3 Drenagem do pericárdio (Drº Fabio Rodrigues Silva(cirurgião))	6A	100%	100%	1	R\$429,25		
<b>Total</b>		<b>R\$3.100,03</b>						<b>R\$429,25</b>	<b>R\$2.670,78</b>	<b>86,15%</b>
<b>05/04/2014</b>										
3.09.15.02-3 Drenagem do pericárdio (Drº Fabio Rodrigues Silva(cirurgião))	1	R\$3.100,03	3.09.15.02-3 Drenagem do pericárdio (Drº Carlos Alexandre Spera cirurgião)	6A	100%	100%	1	R\$429,25		
3.10.08.07-0 Instalação de cateter Tenckholl (Cirurgião Drº Maria Helena)	1	R\$850,05	3.10.08.07-0 Instalação de cateter Tenckholl (Cirurgião Drº Maria Helena)	4B	100%	100%	1	R\$282,61		
3.10.08.01-1 Diálise peritoneal intermitente (Drº Donizetti Dimer)	4	R\$2.808,00	3.10.08.01-1 Diálise peritoneal intermitente (Drº Donizetti Dimer)	4B	100%	100%	1	R\$282,61		
<b>Total</b>		<b>R\$6.758,08</b>						<b>R\$994,47</b>	<b>R\$5.763,61</b>	<b>85,28%</b>
<b>Total Geral de Honorários</b>		<b>R\$174.170,35</b>						<b>R\$37.926,90</b>	<b>R\$136.243,45</b>	<b>78,22%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Conforme a tabela acima apresentada, é possível inferir que o valor total de honorários médicos cirúrgicos cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de **R\$174.170,35** e o valor total sugerido para pagamento conforme referência CBHPM edição 2016, é de **R\$37.926,90**.

Observa-se uma diferença de **R\$136.243,45**, que corresponde a **78,22%**, passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração do procedimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

- Honorários médicos de visitas

A análise dos custos referente às despesas que compreendem visita hospitalar, estavam em conformidade em relação à quantidade apresentada. Deste modo, foram alterados apenas os valores de acordo com a referência da CBHPM edição 2016. Esta descrição pode ser visualizada na tabela abaixo.

O valor total de visitas cobrado pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de **R\$67.994,45**, e o valor total sugerido para pagamento conforme referência CBHPM edição 2016, é de **R\$37.124,68**.

Observa-se uma diferença de **R\$30.869,77**, o que representa **45,40%**, passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração de honorários médicos de visitas.

Tabela 11 - Demonstrativo do cálculo de honorários médicos de visitas

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
Consulta Eletiva/ Visita Médica								

1.01.04.02-0 Atendimento Intensivista	46	R\$500,01	R\$23.000,34	46	R\$216,92	R\$9.978,32	R\$13.022,02	
1.01.04.02-0 Atendimento Intensivista	88	R\$250,02	R\$22.001,50	88	R\$216,92	R\$19.088,96	R\$2.912,54	
1.01.02.01-9 Visita Hospitalar (Dr. Otavio de Souza)	76	R\$200,00	R\$15.200,29	9	R\$91,65	R\$824,85	R\$14.375,44	
1.01.02.01-9 Visita Hospitalar (Dra. Izaura Faria)	9	R\$84,00	R\$756,00	9	R\$84,00	R\$756,00	R\$ -	
1.01.02.01-9 Visita Hospitalar (Dra. Donizetti Dimer)	4	R\$84,00	R\$336,00	4	R\$84,00	R\$336,00	R\$-	
<b>Subtotal</b>			<b>R\$61.294,13</b>			<b>R\$30.984,13</b>	<b>R\$30.310,00</b>	<b>49,45%</b>
<b>Medicina Intensivista/ Plantão UTI</b>								
1.01.04.01-1 Fernando Faria Junior	67	R\$100,0048	R\$6.700,32	67	R\$91,65	R\$6.140,55	R\$559,77	
<b>Subtotal</b>			<b>R\$6.700,32</b>			<b>R\$6.140,55</b>	<b>R\$559,77</b>	<b>8,35%</b>
<b>Total</b>			<b>R\$67.994,45</b>			<b>R\$37.124,68</b>	<b>R\$30.869,77</b>	<b>45,40%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

### Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários de outros profissionais de saúde

Para a avaliação deste caso judicial, foram identificados atendimentos de profissionais fisioterapeutas. As quantidades apresentadas das sessões de fisioterapia estão de acordo com as evoluções em prontuário.

O valor total de honorários de fisioterapia cobrados pelo Hospital vem ao encontro da referência disponibilizada pela Tabela do CREFITO, sem apresentar inconformidades. Esses dados são descritos na tabela abaixo.

Entretanto, para o procedimento descrito como “2.01.03.65-4 Recuperação funcional de distúrbio crânio-facial”, não foram encontrados registros e/ou evoluções que evidenciem a realização do mesmo, nesta nomenclatura. Conseqüentemente, sugerimos a sua não remuneração.

Tabela 12 - Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor Total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
2.01.03.06-9 Assistência Fisiátrica Respiratória	1	R\$ 49,20	R\$ 49,20	1	R\$ 49,20	R\$49,20	-	-
2.02.03.07-1 Paciente em pós-op de cirurgia cardíaca	88	R\$ 67,44	R\$5.934,72	88	R\$5.934,72	R\$5.934,72	-	-
2.01.03.65-4 Recuperação funcional de distúrbio crânio-facial	5	R\$ 50,16	R\$250,80	0	-		<b>R\$250,80</b>	100%
<b>Total</b>			<b>R\$6.234,72</b>			<b>R\$5.983,92</b>	<b>R\$ 250,80</b>	<b>4,02%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

O valor total de honorários de outros profissionais cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de **R\$6.234,72**. Sendo o valor sugerido para pagamento é de **R\$5.983,92**.

Há ausência de registros e/ou evoluções sobre a realização do procedimento “2.01.03.65-4 Recuperação funcional de distúrbio crânio-facial”, que possibilita a redução de custo de **R\$250,80**, o qual representa **4,02%**, passíveis de adequação do valor cobrado em conta.

### 3.2.2 Diárias hospitalares

Para a parametrização de preços de diárias foi utilizada tabela referência da Operadora Nacional da Saúde Suplementar, aplicada em hospitais da rede privada.

Foi realizado comparativo com a tabela referência com os valores cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe, na conta em questão, e foi possível identificar que os mesmos estão adequados aos valores de mercado. Desta forma, não gerou adequações de valores ou de quantidade cobrada.

### 3.2.3 Taxas

Estão inclusos neste item, de forma geral, os valores faturados e descritos como taxas administrativas, taxas de expediente, taxas de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros. Estes estão descritos na tabela abaixo.

Conforme descrito na metodologia de Conta Aberta Aprimorada, utilizada como referência (citada na bibliografia), a taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico, e os equipamentos que compreendem taxa de sala de centro cirúrgico, são apresentados abaixo:

Tabela 13 - Demonstrativo do cálculo de taxas

Descrição	Conta Apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Taxa de uso de sala</b>								
Taxa de sala Cirúrgica porte 6	3	R\$1.305,00	R\$3.915,00	3	R\$435,00	R\$1.305,00	R\$-	0,00%
Taxa sala hemodinâmica	1	R\$1.356,00	R\$1.356,00	1	R\$1.356,00	R\$1.356,00	R\$-	0,00%
<b>Subtotal</b>			<b>R\$5.271,00</b>			<b>R\$5.271,00</b>	<b>R\$-</b>	
<b>Taxa de Enfermagem</b>								
Aspiração de secreção	637	R\$24,00	R\$15.288,00	0	R\$-	R\$-	R\$15.288,00	100%
Curativo limpo	72	R\$20,00	R\$1.440,00	0	R\$-	R\$-	R\$1.440,00	100%
<b>Subtotal</b>			<b>R\$16.728,00</b>				<b>R\$16.728,00</b>	<b>100%</b>
<b>Taxa de Equipamentos</b>								
Bomba de Infusão - Por Uso	10	R\$23,00	R\$230,00	0	R\$-	R\$-	R\$230,00	100%
Aspirador Elétrico - Por hora	4	R\$1,50	R\$6,00	0	R\$-	R\$-	R\$6,00	100%
Monitor de Ritmo Cardíaco - Por uso	4	R\$10,00	R\$40,00	0	R\$-	R\$-	R\$40,00	100%
Oxicapnógrafo - Por uso	4	R\$136,00	R\$544,00	0	R\$-	R\$-	R\$544,00	100%
Eletrocauterio - Por uso	2	R\$22,00	R\$44,00	0	R\$-	R\$-	R\$44,00	100%
Oxímetro de Pulso - Por uso	3	R\$2,00	R\$6,00	0	R\$-	R\$-	R\$6,00	100%
<b>Subtotal</b>			<b>R\$870,00</b>			<b>R\$-</b>	<b>R\$870,00</b>	<b>100%</b>
<b>Total de Taxas</b>			<b>R\$22.869,00</b>			<b>R\$5.271,00</b>	<b>R\$17.598,00</b>	<b>76,95%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Foi possível estimar que todos os valores cobrados referentes às taxas de enfermagem e de equipamentos, são passíveis de adequação. Esta compreende valor de **R\$17.598,00**, o qual representa **76,95%** da fatura apresentada.

### 3.2.4 Órtese, Prótese ou Material Especial

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em OPME totalizaram **R\$23.912,51**.

A auditoria constatou que os valores conferem com as negociações de mercado, não obtendo inconformidades na cobrança desses itens. Entretanto, não foram localizadas as etiquetas dos OPMEs utilizados em concordância com a RE CFM 1804/2006, que estabelece:

*"Art. 3º As etiquetas de identificação dos produtos, que deverão conter seus dados completos de fabricação, bem como a declaração de origem firmada pelo distribuidor, corresponsável pelos mesmos, passarão a fazer parte obrigatória do prontuário do paciente, onde ficarão arquivadas pelo tempo legal exigido."*

Ao considerar que há registro de utilização dos materiais em relatório cirúrgico e há pertinência técnica para sua utilização, foi recomendada a manutenção do pagamento destes itens com a ressalva de que a apresentação documental não ocorreu em conformidade com a legislação citada.

### 3.2.5 Materiais e Medicamentos

Para materiais e medicamentos foi avaliada a pertinência técnica e a quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços de assistência em saúde ao paciente. Este foi realizado com referência nas revistas BRASÍNDICE (edição nº 882) e SIMPRO (de agosto de 2017).

Devido à multiplicidade de materiais e medicamentos foram analisados itens com base na relevância e materialidade, em que foi selecionado o nível de prioridade conforme análise de Pareto, considerando a curva A e B (materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor).

- Materiais

No contexto das despesas referentes a materiais, foi identificada a cobrança de material esterilizado, que não exige utilização única, como o extensor hospitalar (mangueira de aspiração). Este foi cobrado na presente conta hospitalar 6 unidades, para uso em Centro Cirúrgico. No entanto, o mesmo prevê até 30 ciclos de reprocessamento (reesterilização para reutilização) conforme especificações de fornecedores desse tipo de material. Entretanto este item está incluso no conjunto de insumos que compõe as taxas de centro cirúrgico, e a sua readequação em conta, gera redução de custo de **R\$462,00**.

Foi possível identificar, em uma amostra de materiais - com base na materialidade e relevância dos mesmos – inadequação de valores cobrados. Esta representa **R\$7.701,44**.

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em materiais totalizaram **R\$144.808,27**.

A tabela abaixo demonstra os achados:

Tabela 14 - Demonstrativo do cálculo de materiais

Descrição	Conta Apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Materiais</b>								
<b>Materiais analisados curva AB - com inconsistência</b>								
Álcool 70% 100ml - Rioquímica	10	R\$3,09	R\$30,90	0	R\$-	R\$-	R\$30,90	100,00%
Algodão hidrófilo 500g rolo - Cremer	74	R\$0,10	R\$7,18	0	R\$-	R\$-	R\$7,18	100,00%
Clorexidina alcoólica 0,5% 100ml - Rioquímica	5	R\$4,46	R\$22,30	0	R\$-	R\$-	R\$22,30	100,00%
Clorexidina degermante 2% 100ml - Rioquímica	5	R\$3,92	R\$19,60	0	R\$-	R\$-	R\$19,60	100,00%
Equipo Bomba Dieta Enterofix Nutrimat - BBRAUN	50	R\$625,21	R\$31.260,50	50	R\$130,00	R\$6.500,00	R\$24.760,50	79,21%
Microfix Simples - BBRAUN	24	R\$68,27	R\$1.638,48	24	R\$22,56	R\$541,44	R\$1.097,04	66,95%
Transdutor de Pressão Domus-SMITIS Medical	1	R\$962,58	R\$962,58	1	R\$150,00	R\$150,00	R\$812,58	84,42%
Sonda p/ Nutrição Enteral n06 - HTS	1	R\$365,40	R\$365,40	1	R\$90,00	R\$90,00	R\$275,40	75,37%
Fio de Marcapasso TPW10 - Johnson	3	R\$286,38	R\$859,14	3	R\$140,00	R\$420,00	R\$439,14	51,11%
Extensor Hospitalar (mangueira de aspiração)	6	R\$77,00	R\$462,00		R\$-	R\$-	R\$462,00	100,00%
<b>Total de itens com inconsistência</b>			<b>R\$35.628,08</b>			<b>R\$7.701,44</b>	<b>R\$27.926,64</b>	<b>78,38%</b>
<b>Outros materiais curva ABC</b>								
Outros materiais curva AB			R\$101.939,78		R\$-	R\$101.939,78	R\$-	0,00%
Materiais curva C (menor relevância)			R\$7.240,41		R\$-	R\$7.240,41	R\$-	0,00%
<b>Total</b>			<b>R\$144.808,27</b>			<b>R\$116.881,63</b>	<b>R\$27.926,64</b>	<b>19,29%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

O valor total cobrado em materiais foi **R\$144.808,27**, que representa **22,21%** da fatura.

Destes, **R\$27.926,64**, equivalem **19,29%** do grupo do item, os quais são passíveis de adequação.

- Medicamentos

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em medicamentos totalizaram **R\$30.713,45**.

Não foram encontradas inconformidades frente à auditoria realizada nos registros ao uso de medicamentos. Entretanto, foi identificado inconformidade no preço dos medicamentos. Estes estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 15 - Demonstrativo do cálculo de medicamentos

Descrição	Conta Apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
	Medicamentos	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Medicamentos analisados curva AB - com inconsistência</b>									
Rocefin 1g/10ml Frasco Ampola 10ml - Roche	6	R\$77,38	R\$464,28	6	R\$52,96	R\$317,76	R\$146,52	31,56%	
Zyvox 2mg/ml frasco 300ml - PFIZER	2	R\$406,26	R\$812,52	2	R\$253,91	R\$507,82	R\$304,70	37,50%	
Albumina Humana 20% frasco 50ml - Grifols	13	R\$340,97	R\$4.432,61	13	R\$294,58	R\$3.829,54	R\$603,07	13,61%	
Meropenem 500mg/10ml frasco	25	R\$160,53	R\$4.013,25	25	R\$139,07	R\$3.476,75	R\$536,50	13,37%	
Primacor 1mg/ml ampola - Sanofi-Aventis	38	R\$68,85	R\$2.616,30	38	R\$59,49	R\$2.260,62	R\$355,68	13,59%	
Vancomicina 500mg frasco ampola 5ml - ABL	17	R\$35,35	R\$600,95	17	R\$31,82	R\$540,94	R\$60,01	9,99%	
Ciprofloxacino 200mg/100ml frasco 100ml - Isofarma	7	R\$134,39	R\$940,73	7	R\$77,48	R\$542,36	R\$398,37	42,35%	
Tazocin 4,5mg frasco ampola 20ml - Wyeth	5	R\$209,59	R\$1.047,95	5	R\$137,03	R\$685,15	R\$362,80	34,62%	
<b>Total de itens com inconsistência</b>			<b>R\$14.928,59</b>			<b>R\$12.160,94</b>	<b>R\$2.767,65</b>	<b>18,53%</b>	
<b>Outros medicamentos curva ABC</b>									
Outros medicamentos curva AB			R\$14.249,19		R\$ -	R\$14.249,19	R\$ -	0,00%	
Medicamentos analisados curva C			R\$1.535,67		R\$ -	R\$1.535,67	R\$ -	0,00%	
<b>Total</b>						<b>R\$15.784,86</b>	<b>R\$ -</b>	<b>0,00%</b>	
<b>Total geral medicamentos</b>			<b>R\$30.713,45</b>			<b>R\$27.945,80</b>	<b>R\$2.767,65</b>	<b>9,01%</b>	

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Do valor cobrado em medicamentos, **R\$ 2.767,65**, que representa **9,01%**, são passíveis de adequação para a remuneração do atendimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

### 3.2.6 Exames complementares

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em exames totalizaram **R\$77.171,22**. Não foram identificadas inconformidades de cobranças conforme análise no prontuário.

- Bioquímica e Hemoterapia

A análise do prontuário com relação à bioquímica e hemoterapia considerou-se a prescrição médica, indicação da realização de teste e laudos dos mesmos. Foi possível identificar que as cobranças foram adequadas.

### 3.2.7 Gases medicinais

De acordo com a análise de prontuário referente ao uso de gases medicinais, foi possível evidenciar que as quantidades cobradas pelo Hospital Pequeno Príncipe no valor de **R\$49.389,00**, estão em conformidade.

## 3.3. Resumo da auditoria

Após análise de cada grupo de despesas foi sugerido adequação de valores na cobrança da conta hospitalar com redução de R\$215.976,31, que corresponde a 33,12%, do valor apresentado em relatório de despesas hospitalares.

Segue tabela resumida com especificações:

Tabela 16 - Resumo total da auditoria – conta paciente R.M.S.J.

Descrição	Conta apresentada	Análise da Auditoria Técnica		
Itens	Valor total pago	Valor sugerido para pagamento	Valor sugerido de redução	% passível de redução
Honorários profissionais de saúde	R\$248.399,52	R\$81.035,50	R\$167.364,02	67,38%
Materiais	R\$144.808,27	R\$116.881,63	R\$27.926,64	19,29%
Exames Complementares	R\$77.171,22	R\$77.171,22	R\$-	0,00%
Diária	R\$54.449,00	R\$54.449,00	R\$-	0,00%
Gases Medicinais	R\$49.389,00	R\$49.389,00	R\$-	0,00%
Medicamento	R\$30.713,45	R\$27.945,80	R\$2.767,65	9,01%
Materiais Especiais OPME	R\$23.912,51	R\$23.912,51	R\$-	0,00%
Taxas	R\$22.869,00	R\$5.271,00	R\$17598,00	76,95%
Gastos Extras	R\$320,00	R\$-	R\$320,00	100%
<b>Total Apresentado</b>	<b>R\$652.031,97</b>	<b>R\$436.055,66</b>	<b>R\$215.976,31</b>	<b>33,12%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

<p><b>Total conta cobrada: R\$652.031,97</b></p> <p><b>Sugestão de adequação: R\$215.976,31 (redução de 33,12%)</b></p> <p><b>Sugestão de pagamento: R\$436.055,66</b></p>
--

#### 4. CONCLUSÃO

As demandas judiciais em saúde têm tido um crescimento expressivo, que por muitas vezes, envolvem cifras orçamentárias altas e provoca impacto na qualidade da assistência tanto na saúde suplementar, quanto nos serviços peculiares ao SUS. Elas podem envolver medicamentos de alto custo, materiais, OPMEs, leitos, honorários médicos e serviços assistenciais para atendimento à população.

Conforme a Constituição Federal de 1988:

- Art. 6º - São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a **segurança**, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
- Art. 196º - **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entender a saúde como direito constitucional inclui a compreensão dos custos que a assistência em saúde promove. Desta forma, a cobrança desses serviços – que devem seguir as orientações da regulação em saúde – podem comprometer a administração das verbas de serviços públicos e/ou privados, principalmente, quando inadequados à regulação vigente. Neste contexto, liminares judiciais atendem uma população restrita, que em um contexto adequado à regulação, poderia ser mais abrangente, com cobrança fidedigna e adequada pelos estabelecimentos de saúde.

A fim de avaliar os impactos com a judicialização da Saúde, foi licitada pelo TCE/MT, à empresa *Qualirede*, a análise de processos decorrentes de judicialização, visando avaliar a qualidade do atendimento prestados a adequação de preços dos serviços de saúde, objetivando a diminuição de desperdícios e a otimização dos recursos.

Foi possível concluir que na conta do paciente R.M.S.J., o valor do relatório de despesas apresentado pelo Hospital Pequeno

Príncipe foi de **R\$652.031,97**. No entanto, após a realização da auditoria das contas e prontuários apresentados, foi sugerido adequação de inconformidades, no valor de **R\$215.976,31**. Devendo o valor sugerido para pagamento ser de **R\$436.055,66**, o que representa uma redução de **33,12%** do relatório de despesas hospitalares apresentado.

O valor total de alvarás emitidos foi de **R\$695.198,18**. A diferença de valores entre a cobrança hospitalar e o alvará se deu com o acréscimo de **R\$43.166,21** o qual não foi encontrado evidências de despesas complementares. No entanto foi localizada uma nota fiscal emitida pelo Hospital Pequeno Príncipe, no valor de **R\$43.308,36**, a qual refere-se atendimento anterior ao período de internação analisado, não havendo evidências de qualquer gastos oriundo desse atendimentos no processo atual.

Após a análise técnica o valor total de redução em relação ao alvará foi e de **R\$259.142,52 (37,28%)**.

## 5. EQUIPE TÉCNICA PARTICIPANTE NA AUDITORIA

---

Tanise Bonilla Souza  
Coordenadora Auditoria  
COREN/SC 198781

---

Alexandre Martins Luiz  
Enfermeiro Auditor  
COREN/SC 320.226

---

Monique Ribeiro de Lima  
Nutricionista Auditora  
CRN/10- 5526

---

Carlos Eduardo Porsch  
Responsável Técnico  
CRM/SC 14229

---

Camila dos Santos  
Fisioterapeuta Auditora  
CREFITO/SC 136916-F

---

Edgar José Fagundes  
Farmacêutico Auditor  
CRF/SC 1788

---

Sandra Amaral Rocco  
Médica Auditora  
CRM/SC 17580

**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**AUDITORIA REFERENTE AS CONTAS HOSPITALARES DO PACIENTE  
I. M. R. S.**

Relatório de Auditoria em Saúde Qualirede

EQUIPE TÉCNICA QUALIREDE

Florianópolis-SC, setembro de 2017

## LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Brasileira de Medicina de Grupo - Abrange Associação Médica Brasileira
ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CFM - Conselho Federal de Medicina
CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades CNS - Filantrópicas - Confederação Nacional de Saúde
CTNPM - Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FenaSaúde - Federação Nacional de Saúde Suplementar
OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais
SES-MT - Secretaria de Saúde de Mato Grosso
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos
TCE-MT - Tribunal de Contas de Mato Grosso
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UTI - Unidades de Terapia Intensiva

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 . Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens .....	69
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 . Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM .....	62
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 . Descrição das faturas e NF's no processo .....	67
Tabela 2 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital.....	69
Tabela 3 . Demonstrativo do cálculo de honorários .....	71
Tabela 4 . Demonstrativo do cálculo de honorários de visitas .....	77
Tabela 5 . Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais .....	78
Tabela 6 . Demonstrativo do cálculo de taxas .....	79
Tabela 7. Demonstrativo do cálculo de materiais .....	80

Tabela 8 . Demonstrativo do cálculo de medicamentos .....	81
Tabela 9. Resumo total da auditoria – Conta paciente I.M.R.S .....	83

## 6. INTRODUÇÃO

Ações deferidas pelo Poder Judiciário de Mato Grosso – PJMT – voltado à realização de tratamentos médicos e uso de medicamentos de alto custo, subsidiados pelo Estado e Municípios à população mato-grossense, geraram impactos na gestão orçamentária dos próprios Serviços Públicos de Saúde. Frente a esta conjuntura, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso – TCE/MT– reorienta ações voltadas à fiscalização das despesas públicas. Uma das vias para a realização da mesma foi a licitação da empresa *Qualirede* para realização da capacitação em auditoria e faturamento hospitalar aos servidores do TCE/MT e consultoria técnica especializada em auditoria de contas hospitalares.

Deste modo, a *Qualirede* realizou por meio de equipe multiprofissional de auditoria em saúde - com base nos processos judiciais e prontuários apresentados pelo TCE/MT - análise de pertinência técnica de atendimentos, valores de procedimentos, materiais, medicamentos, e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, cobradas em contas médicas hospitalares oriundas de demandas judiciais, nos exercícios de 2014 a 2017. Esta análise seguiu princípios da legalidade, legitimidade e economicidade em cumprimento às demandas judiciais.

A auditoria hospitalar tem se destacado como instrumento de fiscalização e controle para o gerenciamento de informações frente à complexidade das questões voltadas à área da saúde, em nível local, regional, nacional e internacional. Neste contexto, a auditoria retrospectiva analisa contas apresentadas após a realização de atendimentos, a fim de minimizar a redução dos desperdícios e identificar inconsistências nas cobranças, com foco na qualidade do atendimento e segurança do paciente.

### 3.4. Identificação do objeto

O objeto desta auditoria compreende a avaliação de pertinência dos custos assistenciais frente a atendimentos prestados em cumprimento do processo judicial nº 3780.82.2014.811.0063/2014, encaminhadas pelo Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba/PR, ao TCE/MT. Este, proveniente do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, baseado na Resolução CIB Nº 041 de 05 de agosto de 2004 (conforme anexo I), advindo da assistência prestada ao paciente I.M.R.S.

### 3.5. Objetivo e escopo

O levantamento teve por objetivo e escopo a avaliação da legalidade, legitimidade e economicidade dos seguintes itens que compõem as despesas hospitalares e médicas do paciente I.M.R.S. no Hospital Pequeno Príncipe:

- g) honorários médicos e outros profissionais de saúde;
- h) diárias e taxas hospitalares;
- i) órteses, Próteses e Materiais Especiais;
- j) materiais, medicamentos e gases;
- k) equipamentos; e
- l) exames diagnósticos.

### 3.6. Volume de recursos analisados

Os serviços prestados ao paciente I.M.R.S. pelo Hospital Pequeno Príncipe, geraram uma contrapartida financeira do Estado de Mato Grosso, composta por cinco notas fiscais, geradas a partir de cinco resumos parciais de despesas hospitalares/faturas (geradas a cada 15 dias de internamento/tratamento).

O valor total do tratamento (somatório dos itens dos cinco demonstrativos de despesas emitidas) foi de R\$484.218,85, sendo este valor utilizado como referência para análise da auditoria, haja vista que o valor da nota fiscal apresenta no processo judicial foi de R\$484.218,84.

## 7. METODOLOGIA

A equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* - composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista e farmacêutico – teve por referência, para a presente avaliação de pertinência dos custos assistenciais, a análise de prontuário hospitalar, de conta médica e análise de dados do processo judicial.

Para avaliar a legalidade, legitimidade e economicidade dos itens elencados nas contas hospitalares, foi realizada a parametrização de preços dos procedimentos, serviços e materiais médicos conforme o praticado no mercado de saúde suplementar, com base na classificação brasileira de instituições oficiais e de referência em saúde.

Destaca-se que o TCE/MT orientou para esta avaliação a utilização de tabelas de referência atualizadas para a parametrização de preços, em que:

- c) Para os serviços/procedimentos médicos e OPME foi utilizado a valoração praticada no ano de 2016;
- d) Para materiais, medicamentos, diárias e taxas, foi utilizada a valoração praticada no ano de 2017.

Estes, sem aplicação de deflatores, ainda que a internação tenha sido realizada em anos anteriores.

### 4.1. Honorários Médicos e outros profissionais

Os procedimentos médicos são classificados conforme orienta a Associação Médica Brasileira – AMB – por meio da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. Esta é parâmetro para cobrança de honorários médicos e visa garantir remuneração digna e equilibrada frente os serviços prestados.

A CBHPM surgiu da ação unificada da AMB, do Conselho Federal de Medicina – CFM, Sociedades de Especialidades e apoio das demais entidades médicas do país.

São apresentados a seguir, alguns critérios de valoração de atos cirúrgicos definidos pela CBHPM:

Figura 2. Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM

#### 4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

- 4.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma **via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- 4.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- 4.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
- 4.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.
- 4.5. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.
- 4.6. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

#### 5. AUXILIARES DE CIRURGIA

- 5.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.
- 5.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

**Fonte:** CBHPM, 2016 página 27.

Conforme determina a Resolução CFM nº 1.673/03, a classificação supracitada é adotada como o padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar e inclui suas instruções gerais e valores.

Cabe destacar que, os levantamentos realizados pelo CFM frente aos valores apresentados na Tabela SUS, constantes do **Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS** - SIGTAP, do Ministério da Saúde - MS mostraram que a mesma compreende valores defasados e desatualizados, por essa razão, como parâmetro para definição dos valores de referência adotados no levantamento, foi considerada a classificação CBHPM de 2016, na forma plena, sem aplicação de deflator.

Os valores definidos na CBHPM são propostos pelos grupos de cada especialidade médica. Assim, foi estabelecido valor base ou de referência no mercado privado, obedecendo os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Para os honorários dos demais profissionais de saúde, como por exemplo, do Fisioterapeuta, foi utilizado a tabela de referência do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 10ª Regional – CREFITO/SC, e para o Fonoaudiólogo, a tabela do Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Paraná - SINFOPAR, garantindo remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

Importante salientar que, em relação a tabela de honorários da fisioterapia, foi utilizada a do CREFITO/SC como referência, logo que, não há uma tabela única a nível nacional e a tabela CREFITO/PR não compreende domínio público

## 4.2. Diárias

Fazem parte do grupo dos serviços utilizados, as diárias de apartamento e de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTI.

Como parâmetro comparativo de valoração foi utilizado tabela de referência da Operadora Nacional Regulamentada, aplicada em hospitais da rede da saúde suplementar, que acata princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

## 4.3. Taxas

Estão inclusos neste item, de forma geral, valores faturados e descritos como: taxas administrativas, taxas de expediente, taxas de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros.

Como parâmetro para composição das taxas cobradas pelos prestadores, foi adotado a “Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta”. Este documento foi elaborado em conjunto pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, Associação Nacional dos Hospitais Privados - ANAHP, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, Confederação Nacional de Saúde - CNS, Federação Brasileira de Hospitais - FBH, Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS, Unimed do Brasil, e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A finalidade precípua da análise do documento da ANS foi averiguar a pertinência dos itens cobrados à parte, nas faturas dos hospitais, verificando se as taxas estão ou não inclusas no custo operacional dos procedimentos cirúrgicos e/ou outros procedimentos realizados.

Para remuneração de gases medicinais não houve tabela referência padronizada

#### **4.4. Materiais e Medicamentos**

Os materiais comuns e medicamentos foram avaliados conforme a pertinência e quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços médicos prestados ao paciente. Para parametrização de preços desses itens, foi utilizado os preços da Tabela das Informações e Soluções em Saúde Farmacêuticos (SIMPRO e BRASÍNDICE), respectivamente. Foram utilizados, para a presente avaliação, os valores atualizados no exercício de 2017, sem deflator.

A SIMPRO compreende revista referencial para preços de Medicamentos e Produtos para a Saúde, utilizada como parâmetro nas negociações entre hospitais e operadoras de saúde suplementar para faturamento de contas médicas, cotações e licitações. E, a BRASÍNDICE é referencial para preços de medicamentos comercializados em âmbito nacional, publicado por empresa especializada. Nesta última, consta tabela com descrição de preço de fábrica – PF – e preço máximo ao consumidor – PMC, além das alíquotas de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS – aplicáveis nos diversos Estados da Federação.

Foram utilizados os valores constantes da coluna PF, utilizando o ICMS, do Estado do Paraná (12%). Frente a multiplicidade de materiais e medicamentos que foram analisados nesta avaliação, foram aplicados itens com base na relevância e materialidade. Foram considerados materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor, conforme técnica da curva ABC de representatividade.

#### **4.5. Órtese, Prótese ou Material Especial - OPME**

Para OPME, foi avaliada a pertinência e quantidade de itens utilizados para realização dos procedimentos e serviços médicos ao paciente. No contexto de parâmetro de preços, foram utilizados valores obtidos na tabela padronizada pelo Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos - CTNPM. Este se trata de um fórum de negociação de OPME, com o propósito de viabilizar junto aos seus principais fornecedores, condições comerciais justas e compatíveis com o potencial de negócio oferecido pelo mercado de saúde.

A CTNPM é uma das tabelas de referência mais completas utilizada em âmbito nacional, porém não descreve alguns fornecedores e/ou marcas. Desta forma, para estes comparativos, foram utilizados análogos, em que, todos os casos foram utilizados os de maior valor de cada item e/ou material existente de acordo com a especificação técnica, matéria-prima, tamanho e modelo.

Pesquisas realizadas pelo CFM acerca dos valores aplicados pela Tabela SUS mostraram que a mesma compreende valores defasados e desatualizados. Deste modo, não foram considerados como parâmetros os valores constantes do SIGTAP, e sim, seguidas orientações do TCE, para utilização apenas de tabelas de referência da saúde suplementar.

A análise dos OPMEs constantes na presente avaliação foi baseada conforme pertinência técnica e comparativa de valores cobrados

em conta, *versus* tabela de referência.

#### 4.6. Resumo das referências adotadas

A avaliação realizada pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* se orientou conforme os parâmetros da prática e das referências para a parametrização de preços, do Sistema de Saúde Suplementar do país. Estas, apresentadas a seguir:

- g) CBHPM, CFM, Federação Médica Brasileira - FMB - e Federação Nacional dos Médicos - FENAM. Estas, utilizadas para remunerar honorários médicos;
- h) a tabela de referência regional do CREFITO/SC para os honorários do profissional fisioterapeuta;
- i) Tabela Referência de Operadora Nacional, utilizada para remunerar diária hospitalar;
- j) Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta, para avaliar cobrança de taxas hospitalares e de equipamentos;
- k) revistas de referência de mercado como a BRASÍNDICE e SIMPRO para remunerar medicamentos e materiais respectivamente;
- l) CTNPM para OPMEs.

#### 4.7. Limitações

Foram identificadas durante a análise em prontuário as seguintes limitações:

- f) metodologia da apresentação: disponibilizado arquivo eletrônico no formato PDF, o que dificultou a avaliação dos itens devido a desordem nos prontuários. Após a impressão, a apresentação destes estava completamente desordenada, em termos de sequência cronológica, locais de internação, procedimentos, evoluções da equipe multidisciplinar, não apresentando sequência lógica, mas sim duplicidade de registros;
- g) complexidade da análise de auditoria devido à ausência do registro de informações da equipe médica assistencial;
- h) inexistência de espelhos (relatórios) da fatura hospitalar, contendo as despesas pormenorizadas dos diversos procedimentos e serviços prestados ao paciente;

- i) descrição genérica dos honorários e serviços cobrados nas faturas, o que impossibilitou a análise dos grupos de despesas, assim como, a cobrança de códigos incompatíveis, destinados à remuneração de outros profissionais da saúde;
- j) o valor total dos itens apresentados não corresponde ao somatório dos itens individuais (multiplicando pela quantidade) na fatura da conta.

## 8. HISTÓRICO DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DOS VALORES COBRADOS

### 5.1. Histórico e processo de regulação

Paciente I.M.R.S., processo nº 3780.82.2014.811.0063/2014, TFD, para cumprimento de liminar judicial. O mesmo, com diagnóstico de Malformações congênitas das valvas pulmonar e tricúspide – CID Q 22.0 - cardiopatia congênita, necessitando de cirurgia para correção.

Conforme consta no processo judicial o orçamento inicial do Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba/PR foi de R\$87.090,40. O valor total do tratamento (somatório as cinco notas fiscais) foi de R\$484.218,85. São cinco notas fiscais, geradas a partir de cinco contas hospitalares/faturas (a fatura é gerada a cada 15 dias de internamento/tratamento).

Tabela 17 . Descrição das faturas e NF no processo

Faturas	Folha	Valor	Folha
1ª fatura	146 a 164	R\$ 188.892,22	165 a 167
2º fatura	168 a 177	R\$ 77.763,36	178 e 179
3º fatura	180 a 188	R\$ 107.485,09	189 e 190
4º fatura	191 a 198	R\$ 86.749,92	199 e 200
5º fatura	201 a 207	R\$ 23.328,25	208 e 209
<b>Total Hospital Pequeno Príncipe</b>		<b>R\$484.218,85</b>	

Fonte: Dados do prontuário do paciente.

Conforme dados coletados do prontuário, a paciente I.M.R.S., com 4 meses de vida, primeiramente atendida na Fundação Universidade Federal de Mato Grosso - Hospital Universitário Júlio Müller, onde realizou ecocardiograma no dia 15/12/2014, evidenciando atresia de valva pulmonar, com artérias pulmonares confluentes, comunicação interventricular e persistência do canal arterial. Foi então dada entrada no pedido de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Permaneceu internada no Hospital Universitário Júlio Muller aguardando transferência para o Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba/PR, referência em cirurgia cardíaca pediátrica, a fim de realizar o procedimento cirúrgico proposto para a doença detectada.

Ressalta-se que em Cuiabá Mato Grosso existe hospital habilitado para a realização do procedimento (Hospital Femina), referência em cirurgia cardíaca pediátrica, evitando assim maiores custos com o tratamento fora do domicílio e transtornos com locomoção do paciente.

Porém, percebe-se relato no processo que este hospital não havia convênio com o SUS.

Em 28/01/15 foi liberada a vaga de enfermagem no Hospital Pequeno Príncipe, e a paciente foi encaminhada em UTI aérea, conforme pedido da dra Daniela M. Rossetto. A paciente foi aos cuidados da dra Marilise Kinue Kawamura Sandrini, a qual estava já ciente do caso.

Foi internada no Hospital Pequeno Príncipe em 28/01/2015, onde passou por vários procedimentos cardíacos e foi a óbito em 07/04/2015.

Segue principais procedimentos realizados:

Em 29/01/15 foi submetida a cirurgia Blalock Taussig/ **anastomose sistêmico-pulmonar**, procedimento correção de cardiopatia congênita e cirurgia valvar.

Em 03/02/2015 realizou o procedimento cateterismo de câmaras esquerda, cinecoronariografia com estudo.

Em 10/02/2015 procedimento atresia pulmonar com correção interventricular, ligadura de BT e ligadura de persistência do canal arterial PCA.

Em 27/02/15 realizou toracostomia explorada.

Em 12/03/15 realizou dissecação de veia com colocação de cateter venoso.

Em 25/03/15 foi submetida a cirurgia de Hérnia diafragmática a direita.

Devido a complexidade do caso a paciente teve as seguintes evoluções, em resumo; crise convulsiva interrogado, pleurodese, choque séptico, dificuldade no desmame de ventilação mecânica sendo intubada, extubada, reintubada por Insuficiência Respiratória Aguda e paralisia diafragmática. Fez uso de dispositivos CVC, SNE, SVD, drenos D e E. Recebeu hemocomponentes, apresentou boa resposta a antibioticoterapia para pneumonia, e também para infecção de ponta de cateter. Teve piora do quadro clínico a partir de março, instável hipocalcemia, extubada em 27/03 ficando em CPAP. Após evoluiu com melhora em raio x e padrão respiratório, tendo alta da UTI no dia 06/04. Durante a madrugada do dia 07/04, chamado plantão noturno devido a atendimento de PCR Parada Cardiorrespiratória, sem retorno. Conversado com mãe e oferecido conforto psicológico e necropsia para determinar o óbito. Causa do óbito conforme Declaração de óbito: Morte súbita e Cardiopatia Congênita Cianótica.

## 5.2. Avaliação dos valores cobrados

De acordo com as despesas apresentadas na conta hospitalar, é evidenciada na Tabela 2 a representatividade da divisão da fatura enviada pelo Hospital Pequeno Príncipe para o atendimento do paciente I.M.R.S., de acordo com os grupos de despesas.

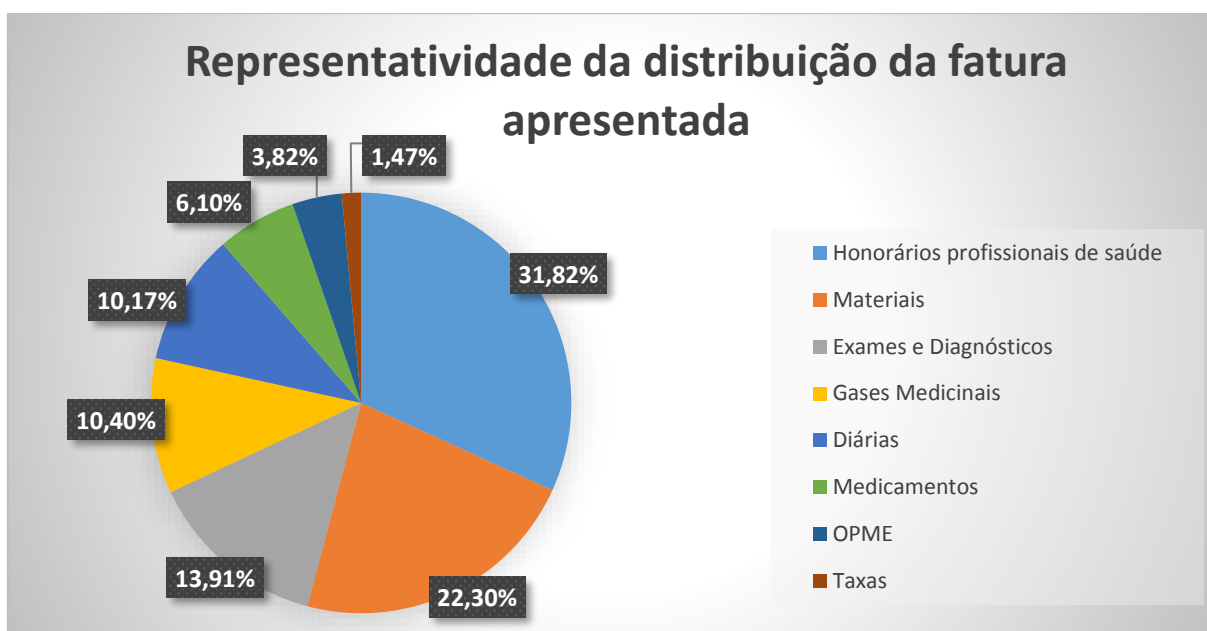
Tabela 18 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital

Serviço	Conta apresentada					
	Valor total pago					
Parcial / Fatura	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	TOTAL
Honorários médicos	R\$81.180,87	R\$24.880,58	R\$20.368,37	R\$19.231,00	R\$8.400,15	R\$154.060,97
Materiais	R\$31.120,62	R\$20.250,35	R\$28.362,17	R\$24.462,12	R\$3.779,16	R\$107.974,42
OPME	R\$17.290,32	R\$1.210,60	R\$-	R\$-	R\$-	R\$18.500,92
Exames e Diagnósticos	R\$32.936,76	R\$9.119,01	R\$15.397,17	R\$7.845,46	R\$2.058,35	R\$67.356,75
Diárias	R\$9.220,00	R\$11.505,00	R\$11.505,00	R\$11.505,00	R\$5.532,00	R\$49.267,00
Gases Medicinais	R\$8.702,24	R\$7.397,00	R\$15.637,00	R\$15.680,00	R\$2.962,00	R\$50.378,24
Taxas	R\$5.336,58	R\$182,50	R\$128,00	R\$1.387,00	R\$104,00	R\$7.138,08
Medicamentos	R\$3.104,84	R\$3.218,32	R\$16.087,38	R\$6.639,34	R\$492,59	R\$29.542,47
<b>Total</b>	<b>R\$188.892,22</b>	<b>R\$77.763,36</b>	<b>R\$107.485,09</b>	<b>R\$86.749,92</b>	<b>R\$23.328,25</b>	<b>R\$484.218,85</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente.

É possível identificar que o maior grupo se refere aos honorários médicos e demais profissionais de saúde (31,82%). Em seguida, temos as despesas referentes aos materiais (22,30%), exames (13,91%), gases medicinais (10,40%), diárias (10,17%), medicamentos (6,10%), OPME (3,82%) e taxas (1,47%).

Gráfico 3 . Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens



Fonte: Dados do prontuário do paciente.

A seguir, são apresentados achados pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede*, referente às despesas apresentadas pelo hospital durante a realização do tratamento médico ao paciente.

## 4.2.1 Honorários

### Honorários da equipe médica

Nas despesas enviadas pelo Hospital Pequeno Príncipe foram cobrados de honorários médicos o total de R\$154.060,97.

Para a parametrização de preços dos honorários médicos (equipe cirúrgica, visitas médicas e outros profissionais), foi utilizado os valores cobrados pela Tabela CBHPM de 2016, sem aplicação de deflator. A CBHPM é o parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

### Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários da equipe médica:

- **Honorário Equipe Cirúrgica:**

Conforme relatórios cirúrgicos foram realizados os procedimentos descritos na tabela abaixo.

O apresentado na terceira coluna compreende ao valor total cobrado de honorários médicos de toda a equipe participante e abrange todos os procedimentos cirúrgicos realizados.

O valor apresentado na quinta coluna compreende ao valor de referência da CBHPM.

Tabela 19 . Demonstrativo do cálculo de honorários

Conta apresentada pelo hospital			Análise da Auditoria Técnica							
Honorários Médicos - Cirúrgico	Quantidade cobrada	Valor Cobrado	Honorários Médicos - Cirúrgico	Porte	Via de acesso	Grau de participação	Quantidade devida	Valor de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
29/01/2015										
3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + Cirurgia valvar - Dr. Fabio Said Sallum	1	R\$12.500,11	3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	4B	70%	100%	1	R\$197,83		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas- 1º aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	4B	70%	30%	1	R\$59,35		
			3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas - 2º aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	4B	70%	20%	1	R\$35,97		
			3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	2C	70%	100%	1	R\$74,52		
			3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- 1º aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	2C	70%	30%	1	R\$22,35		
			3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- 2º aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	2C	70%	20%	1	R\$22,35		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	14A	50%	100%	1	R\$1.874,35		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - 1º aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	14A	50%	30%	1	R\$562,30		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - 2º aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	14A	50%	20%	1	R\$374,87		
			3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + cirurgia valvar - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	13B	100%	100%	1	R\$3.041,43		
3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + cirurgia valvar- 1º aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	13B	100%	30%	1	R\$912,43					

gestão de planos de saúde										
			3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + cirurgia valvar - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	13B	100%	20%	1	R\$608,29		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	8A	50%	100%	1	R\$394,12		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	8A	50%	30%	1	R\$118,24		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	8A	50%	20%	1	R\$78,82		
3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + Cirurgia valvar - Anestesista Dra. Daniela B. Garcia	1	R\$5.000,15	3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial – para PAM-Anestesista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	3A	70%	100%	1	R\$103,74		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	9B	50%	100%	1	R\$509,45		
			3.09.01.07-3 Correção de cardiopatia congênita + cirurgia valvar - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	12B	100%	100%	1	R\$2.518,99		
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	10C	50%	100%	1	R\$724,82		
<b>Subtotal</b>		<b>R\$17.500,26</b>						<b>R\$12.234,22</b>	<b>R\$5.266,04</b>	<b>30,09%</b>
<b>03/02/2015</b>										
3.09.11.04-4 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica	1	R\$12.000,06	3.09.11.04-4 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica- Cir. principal Dr. Leo Agostinho Solarewicz	7C	100%	100%	1	R\$730,18		
			3.09.11.04-4 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica- 1º auxiliar Dra. Marilise K. k. Sandrini	7C	100%	30%	1	R\$219,05		
3.09.11.04-4 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica. Anestesista Camila Cotrim T. Kuster	1	R\$2.500,03	3.09.11.04-4 Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica- Anestesista Dra. Camila Cotrim Teixeira Kuster	6B	100%	100%	1	R\$472,04		

Subtotal		R\$14.500,09						R\$1.421,27	R\$13.078,82	90,20%
<b>27/02/2015</b>										
3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	1	R\$2.700,08	3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	8B	50%	100%		R\$413,21		
			3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	8B	50%	30%		R\$123,97		
			3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	8B	50%	20%		R\$82,64		
			3.08.05.08-2 Ligadura de ducto-torácico (qualquer via) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	10B	100%	100%	1	R\$1.306,09		
			3.08.05.08-2 Ligadura de ducto-torácico (qualquer via) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	10B	100%	30%	1	R\$391,83		
			3.08.05.08-2 Ligadura de ducto-torácico (qualquer via) - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	10B	100%	20%	1	R\$261,22		
			3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - Anestesista dra. Tatiane C. da Rocha	1	R\$1.080,03	3.08.05.08-2 Ligadura de ducto-torácico (qualquer via) - Anestesista- Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	6B	100%	100%	1
3.06.01.18-5 Toracotomia exploradora (excluídos os procedimentos intratorácicos) - Anestesista- Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	6B	50%	100%			1	R\$236,02			
<b>Subtotal</b>		<b>R\$3.780,11</b>						<b>R\$3.287,02</b>	<b>R\$493,09</b>	<b>13,04%</b>
<b>10/02/2017</b>										
3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular. Cir. Dr. Fabio S. Sallum	1	R\$24.200,17	3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	14A	100%	100%	1	R\$3.748,70		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	14A	100%	30%	1	R\$1.124,61		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	14A	100%	20%	1	R\$749,74		
			3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo (com anastomose direta, retalho, tubo) - 3° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	14A	100%	20%	1	R\$749,74		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	11C	50%	100%	1	R\$922,67		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular- 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	11C	50%	30%	1	R\$276,80		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	11C	50%	20%	1	R\$184,53		

gestão de planos de saúde											
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular- 3° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	11C	50%	20%	1	R\$184,53			
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	10B	50%	100%	1	R\$653,60			
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	10B	50%	30%	1	R\$195,91			
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	10B	50%	20%	1	R\$130,60			
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente- 3° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	10B	50%	20%	1	R\$130,60			
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	8A	50%	100%	1	R\$394,12			
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	8A	50%	30%	1	R\$118,24			
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 2° aux. Dr. Fabio Rodrigues da Silva	8A	50%	20%	1	R\$78,82			
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 3° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	8A	50%	20%	1	R\$78,82			
3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular. Anestesista Dr. Sergio Bernardo Tenório	1	R\$9.680,09	3.09.01.09-0 Redirecionamento do fluxo sanguíneo	6=9B	100%	100%	1	R\$1.018,91			
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular	7=10C	50%	100%	1	R\$724,82			
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente	6=9B	50%	100%	1	R\$509,45			
			3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10kg)	7=10C	50%	100%	1	R\$724,82			
<b>Subtotal</b>		<b>R\$33.880,26</b>						<b>R\$12.700,03</b>	<b>R\$21.180,23</b>	<b>62,51%</b>	
<b>13/02/2015</b>											
3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem fechada. Cri. Dr. Fabio Said Sallum	1	R\$800,05	3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem fechada. Cri. Dr. Fabio Said Sallum	6B	100%	100%	1	R\$472,04			
<b>Subtotal</b>		<b>R\$800,05</b>						<b>R\$472,04</b>	<b>R\$328,01</b>	<b>41,00%</b>	
<b>20/02/2015</b>											
3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem fechada. Cri. Dr. Fabio Said Sallum	1	R\$800,05	3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem fechada. Cri. Dr. Fabio Said Sallum	6B	100%	100%	1	R\$472,04			
<b>Subtotal</b>		<b>R\$800,05</b>						<b>R\$472,04</b>	<b>R\$328,01</b>	<b>41,00%</b>	

12/03/2017										
3.09.13.09-8 Dissecção de veia com colocação de cateter venoso. Dr. Fabio S. Sallum	1	R\$500,00	3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	4B	100%	100%	1	R\$282,61		
<b>Subtotal</b>		<b>R\$500,00</b>						<b>R\$282,61</b>	<b>R\$217,39</b>	<b>43,48%</b>
25/03/2017										
3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - Cir. Principal Dr. Sylvio Gilberto Andrade Avilla	1	R\$3.556,50	3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - Cir. Principal Dr. Sylvio Gilberto Andrade Avilla	12A	100%	100%	1	R\$1.912,54		
3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - 1º aux. Dr. Fernando A. B. Amado	1	R\$ 1.066,95	3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - 1º aux. Dr. Fernando A. B. Amado	12A	100%	30%	1	R\$573,77		
3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - 2º aux. Dr. Mariah Z. de Holleben Mello			3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - 2º aux. Dr. Mariah Z. de Holleben Mello	12A	100%	20%	1	R\$382,51		
3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - Anestesista- Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	1	R\$ 1.896,00	3.08.06.03-8 Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico (qualquer técnica) - Anestesista- Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	9B	100%	100%	1	R\$ 1.018,91		
<b>Subtotal</b>		<b>R\$6.519,45</b>						<b>R\$3.887,73</b>	<b>R\$2.631,72</b>	<b>40,37%</b>
<b>Total Honorários Médicos</b>		<b>R\$78.280,27</b>						<b>R\$34.756,96</b>	<b>R\$43.523,31</b>	<b>55,60%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Conforme a tabela acima, acima apresentada, é possível inferir que o valor total de honorários médicos cirúrgicos cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de R\$78.280,27 e o valor total sugerido para pagamento conforme referência CBHPM edição 2016, é de R\$34.756,96.

Observa-se uma diferença de R\$43.523,31, que corresponde a 55,60%, passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração do procedimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

● **Honorários médicos de visitas:**

Durante a análise do grupo de despesa “visita hospitalar” foram observadas inconformidades na quantidade apresentada, até mesmo a menor nas visitas de intensivista (plantonista de 12 horas) sendo alterados também os valores de acordo com a referência da CBHPM edição 2016.

Segue descrição dos achados com inconformidades por parcial/fatura:

**1ª parcial:**

*Diarista:* contagem apresentada maior que o número de diárias de UTI e evoluções do diarista em prontuário. De 11 sugere-se adequação para 10 visitas de diarista.

*Intensivista:* 29/01 encontrado apenas evolução de plantão noturno pois paciente foi para UTI apenas após o procedimento em centro cirúrgico, 05/02 encontrado apenas evolução de plantão diurno pois paciente foi transferida para apartamento as 8:34h, e 10/02 encontrado apenas evolução de plantão noturno, período em que paciente retornou para UTI após centro cirúrgico.

**2ª parcial:**

*Visita cardiologista:* Ausência de evoluções nos dias 13, 14 e 15/02, reduzindo a cobrança deste tipo de visita de 15 para 12 unidades nesta parcial.

*Diarista:* Ausência de evoluções no prontuário apresentado nos dias: 15 e 16/02, reduzindo a cobrança de 15 para 13 unidades nesta parcial.

*Intensivista:* Ausência de evolução noturna no dia 21/02, reduzindo de 30 para 29 unidades desta nesta parcial.

**3ª parcial:**

*Visita cardiologista:* Ausência de evoluções da cardio, Dra. Marilise nos dias 05, 09, 10, 12, 12 e 14/03. Redução de 15 para 9 unidades nesta parcial.

*Diarista:* Ausência de evolução nos dias 10, 11, 12, 13 e 14/03. Redução de 15 para 10 nesta parcial.

*Intensivista:* Ausência de evolução no dia 14/03, reduzindo de 30 para 29 nesta parcial.

#### 4ª parcial:

*Visita cardiologista:* Ausência de evoluções nos dias 19 e 20/03, redução de 15 para 13 unidades nesta parcial.

*Intensivista:* cobrado apenas 15 visitas desta nomenclatura, sendo pertinente 2 por dia pois trata-se de plantões de 12h, assim como foram encontradas evoluções dos profissionais na quantidade de 30 visitas de intensivista nessa parcial. Aumento de 15 para 30 nesta parcial.

#### 5ª parcial

Quantidade de visitas corretas conforme cobrança.

Com essas adequações de quantidade mais a correção de valores conforme CBHPM apresenta-se o cálculo sugerido de adequação:

Tabela 20 . Demonstrativo do cálculo de honorários de visitas

Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
Honorários Médicos – visitas	Quantidade cobrada	Valor unitário	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor de referência	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
1.01.02.01-9 Visita hospitalar (paciente internado) Dra. Marilise K. K. Sandrini = 2B	69	R\$200,04	R\$13.802,76	58	R\$91,65	R\$5.315,70	R\$8.487,06	61,49%
1.01.04.01-1 Atendimento Intensivista diarista (por dia e por paciente) diversos médicos = 2B	62	R\$100,00	R\$6.200,00	54	R\$91,65	R\$4.949,10	R\$1.250,90	20,18%
1.01.04.02-0 Atendimento Intensivista, plantonista, diversos médicos = 3C	109	R\$500,00	R\$54.500,00	119	R\$216,92	R\$25.813,48	R\$28.686,52	52,64%
2.02.01.11-7 Avaliação diária parenteral – Dra. Izaura M. Farias = 3A	2	R\$184,00	R\$368,00	2	R\$148,20	R\$296,40	R\$71,60	19,46%
<b>Total</b>			<b>R\$74.870,76</b>			<b>R\$36.374,68</b>	<b>R\$38.496,08</b>	<b>51,42%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

Observa-se uma diferença de R\$38.496,08, o que representa 51,42%, passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração de honorários médicos de visitas.

#### Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários de outros profissionais de saúde

Para a avaliação deste caso judicial, foram identificados atendimentos de profissionais fisioterapeutas. As quantidades apresentadas das sessões de fisioterapia estão de acordo com as evoluções em prontuário.

O valor total de honorários de fisioterapia cobrados pelo Hospital vem ao encontro da referência disponibilizada pela Tabela do CREFITO, sem apresentar inconformidades. Esses dados são descritos na tabela abaixo.

Entretanto, para o procedimento descrito como “Recuperação funcional de art. Temporo-mandibular após fraturas” e “2.01.03.68-

9 Retardo do desenvolvimento psicomotor” não foram encontrados registros e/ou evoluções que evidenciem a realização do mesmo, nesta nomenclatura. Consequentemente, sugerimos a sua não remuneração.

Tabela 21 . Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais

Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
Honorários Outros Profissionais	Quantidade cobrada	Valor unitário	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor de referência	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
Recuperação funcional de art. Temporo - mandibular após fraturas	4	R\$50,16	R\$200,64	0	R\$-	R\$-	R\$200,64	100,00%
Retardo do desenvolvimento psicomotor	4	R\$56,88	R\$227,52	0	R\$-	R\$-	R\$227,52	100,00%
<b>Total Outros Profissionais</b>			<b>R\$428,16</b>			<b>R\$ 428,16</b>	<b>R\$428,16</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

Do valor total de honorários de outros profissionais cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe, sugere-se a redução de R\$428,16 devido à ausência de evoluções dos procedimentos.

Cabe salientar que o valor de fisioterapia não está sendo contabilizado no grupo de Honorários de profissionais da saúde, e sim no grupo de Exames Complementares.

#### 4.2.2 Diárias hospitalares

Para a parametrização de preços de diárias foi utilizada tabela referência da Operadora Nacional da Saúde Suplementar, aplicada em hospitais da rede privada.

Foi realizado comparativo com a tabela referência com os valores cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe, na conta em questão, e foi possível identificar que os mesmos estão adequados aos valores de mercado, não havendo assim sugestões de adequações dos valores. Porém, conforme auditoria identificamos a cobrança de 1 diária de UTI a maior que o devido: na 5ª parcial onde o paciente esteve internado de 30/03 a 07/04 foi cobrada o total de 9 diárias, sendo pertinente 8 conforme cálculo, diminuindo assim 1 diária de UTI cobrada indevidamente. Dessa forma sugere-se a redução do valor de 1 diária de UTI neonatal R\$767,00.

#### 4.2.3 Taxas

Estão inclusos neste item, de forma geral, os valores faturados e descritos como taxas administrativas, taxas de expediente, taxas

de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros. Estes estão descritos na tabela abaixo. Conforme descrito na metodologia de Conta Aberta Aprimorada, utilizada como referência (citada na bibliografia), a taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico, e os equipamentos que compreendem taxa de sala de centro cirúrgico, são apresentados abaixo:

Tabela 22 . Demonstrativo do cálculo de taxas

Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
Taxa de Equipamentos	Quantidade cobrada	Valor unitário	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor de referência	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
Monitor polígrafo	3	R\$2,00	R\$6,00	0	R\$-	R\$-	R\$6,00	100,00%
Capnógrafo - Por uso	5	R\$18,00	R\$90,00	0	R\$-	R\$-	R\$90,00	
Polígrafo de pressão	1	R\$2,40	R\$2,40	0	R\$-	R\$-	R\$2,40	
Torpedo transporte	1	R\$4,00	R\$4,00	0	R\$-	R\$-	R\$4,00	
Intensificador de imagem por uso	1	R\$274,00	R\$274,00	0	R\$-	R\$-	R\$274,00	
Aspirador elétrico por hora	16	R\$1,50	R\$24,00	0	R\$-	R\$-	R\$24,00	
<b>Total Taxas Equipamentos</b>			<b>R\$400,40</b>			<b>R\$-</b>	<b>R\$400,40</b>	<b>100,00%</b>
<b>Outras taxas - sem inconsistência</b>								
Outras taxas			R\$6.737,68				R\$-	
<b>Total Taxas</b>			<b>R\$7.138,08</b>				<b>R\$400,40</b>	<b>5,61%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

Foi possível aferir que dos valores cobrados referentes a taxas, são passíveis de adequação o valor de R\$400,40 (5,61%).

#### 4.2.4 Órtese, Prótese ou Material Especial (OPME)

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em OPME totalizaram R\$18.500,92.

A auditoria constatou que os valores conferem com as negociações de mercado, não obtendo inconformidades na cobrança desses itens. Entretanto, não foram localizadas as etiquetas dos OPMEs utilizados em concordância com a RE CFM 1804/2006, que estabelece:

*"Art. 3º As etiquetas de identificação dos produtos, que deverão conter seus dados completos de fabricação, bem como a declaração de origem firmada pelo distribuidor, corresponsável pelos mesmos, passarão a fazer parte obrigatória do prontuário do paciente, onde ficarão arquivadas pelo tempo legal exigido."*

Ao considerar que há registro de utilização dos materiais em relatório cirúrgico e há pertinência técnica para sua utilização, foi recomendada a manutenção do pagamento destes itens com a ressalva de que o atendimento não ocorreu em conformidade com a legislação citada.

#### 4.2.5 Materiais e Medicamentos

Para materiais e medicamentos foi avaliada a pertinência técnica e a quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços de assistência em saúde ao paciente. Este foi realizado com referência nas revistas BRASÍNDICE (edição nº 882) e SIMPRO (de agosto de 2017).

Devido à multiplicidade de materiais e medicamentos foram analisados itens com base na relevância e materialidade, em que foi selecionado o nível de prioridade conforme análise de Pareto, considerando a curva A e B (materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor).

- **Materiais**

Foi possível identificar, em uma amostra de materiais - com base na materialidade e relevância dos mesmos - inadequação de valores cobrados. Nessa conta foi verificado além da curva AB, parte da curva C devido a valores expressivos. A tabela, apresentada abaixo, demonstra os achados:

Tabela 23. Demonstrativo do cálculo de materiais

Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
Materiais curva ABC	Quantidade cobrada	Valor unitário	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor de referência	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
Fio Aciflex 1 660G	1	R\$175,65	R\$175,65	1	R\$152,15	R\$152,15	R\$23,50	13,38%
Sonda foley silicone 2 vias n 06	4	R\$194,65	R\$778,60	4	R\$130,00	R\$520,00	R\$258,60	33,21%
Extensor hospitalar (mangueira de aspiração)	1	R\$77,05	R\$77,05	1	R\$-	R\$-	R\$77,05	100,00%
Tubo Extensofix 20cm - BBRAUN	67	R\$35,79	R\$2.397,93	67	R\$31,65	R\$2.120,55	R\$277,38	11,57%
Equipo bomba fotossensível eurofix compact air Bbraun	4	\$1.043,22	R\$4.172,88	4	R\$838,31	R\$3.353,24	R\$819,64	19,64%
Equipo bomba simples eurofix compact air Bbraun	89	R\$787,89	R\$70.122,21	89	R\$633,13	R\$56.348,57	R\$13.773,64	19,64%
Equipo bomba dieta enteralfix para nutrimat Bbraun	29	R\$625,21	R\$18.131,09	29	R\$130,00	R\$3.770,00	R\$14.361,09	79,21%
Sonda para nutrição enteral n°6	2	R\$365,40	R\$730,80	2	R\$90,00	R\$180,00	R\$550,80	75,37%

Torneira Desc 3 vias - BBRAUN	32	R\$28,78	R\$920,96	32	R\$25,44	R\$814,08	R\$106,88	11,61%
Microfix simples Bbraun	11	R\$82,61	R\$908,71	11	R\$22,56	R\$248,16	R\$660,55	72,69%
Microfix filtro Bbraun	5	R\$95,77	R\$478,85	5	R\$82,75	R\$413,75	R\$65,10	13,60%
Fio Prolene 6/0 M8805T johnson&johnson	3	R\$122,96	R\$368,88	3	R\$106,50	R\$319,50	R\$49,38	13,39%
Fio Prolene 6/0 M8706T johnson&johnson	25	R\$117,00	R\$2.925,00	25	R\$101,44	R\$2.536,00	R\$389,00	13,30%
Fio prolene 7/0 M8702T	6	R\$292,75	R\$1.756,50	6	R\$253,57	R\$1.521,42	R\$235,08	13,38%
<b>Total Materiais</b>			<b>R\$103.945,11</b>			<b>R\$72.297,42</b>	<b>R\$31.647,69</b>	<b>30,45%</b>
<b>Outros materiais - curva C</b>								
Materiais curva C (menor relevância)			R\$4.029,31			R\$4.029,31	R\$-	
<b>Total Materiais</b>			<b>R\$107.974,42</b>			<b>R\$76.326,7</b>	<b>R\$31.647,69</b>	<b>29,31%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

O valor total cobrado em materiais foi R\$107.974,42, que representa 22,3% da fatura. Destes, R\$31.647,69, equivalem 29,31% do grupo do item, os quais são passíveis de adequação.

- **Medicamentos**

Não foram encontradas inconformidades frente à auditoria realizada nos registros ao uso de medicamentos. Entretanto, foi identificado inconformidade no preço dos medicamentos. Estes estão apresentados na tabela abaixo:

Tabela 24 . Demonstrativo do cálculo de medicamentos

Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
Medicamentos	Quantidade cobrada	Valor unitário	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor de referência	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
Solumedrol 500mg	1	R\$48,79	R\$48,79	1	R\$44,23	R\$44,23	R\$4,56	9,35%
Nimbium 2mg/ml	2	R\$33,44	R\$66,88	2	R\$28,61	R\$57,22	R\$9,66	14,44%
Voluven 6% 500ml	1	R\$124,08	R\$124,08	1	R\$110,08	R\$110,08	R\$14,00	11,28%
Telebrix 350mg/ml 50ml	2	R\$60,04	R\$120,08	2	R\$51,30	R\$102,60	R\$17,48	14,56%
Vancomicina 500mg	15	R\$38,43	R\$576,45	15	R\$31,82	R\$477,30	R\$99,15	17,20%

Ultiva 2mg	2	R\$62,28	R\$124,56	2	R\$54,86	R\$109,72	R\$14,84	11,91%
Tazocin	4	R\$160,23	R\$640,92	4	R\$137,03	R\$548,12	R\$92,80	14,48%
Zotec 2mg/ml 100ml- PFIZER	7	R\$277,74	R\$1.944,18	7	R\$244,63	R\$1.712,41	R\$231,77	11,92%
Albumina Humana 20% frasco – GRIFOLS	5	R\$344,45	R\$1.722,25	5	R\$294,58	R\$1.472,90	R\$249,35	14,48%
Ciprofloxacino 200mg/100ml bolsa	19	R\$142,01	R\$2.698,19	19	R\$77,48	R\$1.472,12	R\$1.226,07	45,44%
Meronem 500mg / 10ml Frasco-Astrazen	16	R\$160,55	R\$2.568,80	16	R\$139,07	R\$2.225,12	R\$343,68	13,38%
Sandostatin	20	R\$64,49	R\$1.289,80	20	R\$55,15	R\$1.103,00	R\$186,80	14,48%
Micanine 50mg – Astellas	5	R\$147,07	R\$735,35	5	R\$129,60	R\$648,00	R\$87,35	11,88%
Micanine 1000mg – Astellas	1	R\$295,38	R\$295,38	1	R\$260,29	R\$260,29	R\$35,09	11,88%
Primacor 1mg/ml amp 10ml	13	R\$69,55	R\$904,15	13	R\$59,49	R\$773,37	R\$130,78	14,46%
<b>Total Medicamentos</b>			<b>R\$13.859,86</b>			<b>R\$11.116,48</b>	<b>R\$2.743,38</b>	<b>19,79%</b>
<b>Outros medicamentos - curva ABC</b>								
Outros medicamentos - curva AB			R\$14.205,49			R\$14.205,49	R\$-	
Medicamentos curva C (menor relevância)			R\$1.477,12			R\$1.477,12	R\$-	
<b>Total Medicamentos</b>			<b>R\$29.542,47</b>			<b>R\$26.799,09</b>	<b>R\$2.743,38</b>	<b>9,29%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

Do valor cobrado em medicamentos, R\$2.743,38 (9,29%) são passíveis de adequação para a remuneração do atendimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

#### 4.2.6 Exames complementares

Nas despesas apresentadas pelo hospital em exames não foram identificadas inconformidades de cobranças conforme análise no prontuário. Porém, a auditoria identificou que o valor referente a honorários de fisioterapia foi somado indevidamente no grupo de Exames Complementares, sendo sugerida adequação de R\$428,16 conforme a auditoria apresentada no item 3.2.1 Honorários médicos, subgrupo honorários de outros profissionais.

#### 4.2.7 Gases medicinais

De acordo com a análise de prontuário referente ao uso de gases medicinais, foi possível evidenciar que as quantidades cobradas pelo Hospital Pequeno Príncipe estão em conformidade.

### 4.3 Resumo da auditoria

Após análise de cada grupo de despesas foi sugerido adequação de valores na cobrança da conta hospitalar com redução de R\$118.005,63, que corresponde a 24,37%, do valor da conta apresentada, referente aos gastos com atendimentos prestados à paciente I.M.R.S.

Segue tabela resumida com especificações:

Tabela 25. Resumo total da auditoria – Conta paciente I.M.R.S

Serviço	Valor cobrado apresentado	Análise da Auditoria Técnica		
		Valor sugerido para pagamento	Valor sugerido de adequação	% passível de redução
Honorários dos profissionais de saúde	R\$154.060,97	R\$72.041,97	R\$82.019,00	53,24%
Materiais	R\$107.974,42	R\$76.326,73	R\$31.647,69	29,31%
OPME	R\$18.500,92	R\$18.500,92	R\$-	0,00%
Exames e Diagnósticos	R\$67.356,75	R\$66.928,59	R\$428,16	0,64%
Diárias	R\$49.267,00	R\$48.500,00	R\$767,00	1,56%
Gases Medicinais	R\$50.378,24	R\$50.378,24	R\$-	0,00%
Taxas	R\$7.138,08	R\$6.737,68	R\$400,40	5,61%
Medicamentos	R\$29.542,47	R\$26.799,09	R\$2.743,38	9,29%
<b>Total</b>	<b>R\$484.218,85</b>	<b>R\$366.213,21</b>	<b>R\$118.005,63</b>	<b>24,37%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

<p><b>Total cobrado: R\$484.218,85</b></p> <p><b>Sugestão de adequação: R\$118.005,63 (24,37%)</b></p> <p><b>Sugestão de pagamento: R\$366.213,21 (75,63% da conta cobrada)</b></p>
---

## 5. CONCLUSÃO

As demandas judiciais em saúde têm tido um crescimento expressivo, que por muitas vezes, envolvem cifras orçamentárias altas e provoca impacto na qualidade da assistência tanto na saúde suplementar, quanto nos serviços peculiares ao SUS. Elas podem envolver medicamentos de alto custo, materiais, OPMEs, leitos, honorários médicos e serviços assistenciais para atendimento à população.

Conforme a Constituição Federal de 1988:

- Art. 6º - São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a **segurança**, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
- Art. 196º - **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entender a saúde como direito constitucional inclui a compreensão dos custos que a assistência em saúde promove. Desta forma, a cobrança desses serviços – que devem seguir as orientações da regulação em saúde – podem comprometer a administração das verbas de serviços públicos e/ou privados, principalmente, quando inadequados à regulação vigente. Neste contexto, liminares judiciais atendem uma população restrita, que em um contexto adequado à regulação, poderia ser mais abrangente, com cobrança fidedigna e adequada pelos estabelecimentos de saúde.

A fim de avaliar os impactos com a judicialização da Saúde, foi licitada pelo TCE/MT, à empresa *Qualirede*, a análise de processos decorrentes de judicialização, visando avaliar a qualidade do atendimento prestados a adequação de preços dos serviços de saúde, objetivando a diminuição de desperdícios e a otimização dos recursos.

Foi possível concluir que na conta da paciente I.M.R.S., o valor apresentado pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de **R\$484.218,85**. No entanto, após a realização da auditoria das contas e prontuários apresentados, foi sugerido adequação de

inconformidades e valores acima do mercado cobrados em conta, no valor de R\$118.005,63. Devendo o valor sugerido para pagamento ser de **R\$366.213,21** o que representa uma redução de 24,37% da fatura atual.

## 6. EQUIPE TÉCNICA PARTICIPANTE NA AUDITORIA

---

Tanise Bonilla Souza  
Coordenadora Auditoria  
COREN/SC 198781

---

Grazielle de Barros Shiguihara  
Enfermeira Auditora  
COREN/SC 357.977

---

Monique Ribeiro de Lima  
Nutricionista Auditora  
CRN/10- 5526

---

Carlos Eduardo Porsch  
Responsável Técnico  
CRM/SC 14229

---

Camila dos Santos  
Fisioterapeuta Auditora  
CREFITO/SC 136916-F

---

Edgar José Fagundes  
Farmacêutico Auditor  
CRF/SC 1788

---

Sandra Amaral Rocco  
Médica Auditora  
CRM/SC 17580



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MATO GROSSO

AUDITORIA REFERENTE AS CONTAS HOSPITALARES DO PACIENTE  
Y.F.R.

Relatório de Auditoria em Saúde Qualirede

EQUIPE TÉCNICA QUALIREDE

Florianópolis SC, setembro de 2017

## LISTA DE SIGLAS

AMB - Associação Brasileira de Medicina de Grupo - Abramge Associação Médica Brasileira

ANAHP - Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CFM - Conselho Federal de Medicina

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades CNS -

Filantrópicas - Confederação Nacional de Saúde

CTNPM - Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

FenaSaúde - Federação Nacional de Saúde Suplementar

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

SES-MT - Secretaria de Saúde de Mato Grosso

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos

TCE-MT - Tribunal de Contas de Mato Grosso

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UTI - Unidades de Terapia Intensiva

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens ..... 105

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM ..... 96

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital..... 104

Tabela 2 -Demonstrativo do cálculo de honorários.....	108
Tabela 3 - Demonstrativo do cálculo de honorários de visitas.....	111
Tabela 4 - Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais.....	113
Tabela 5 - Demonstrativo do cálculo de taxas.....	115
Tabela 6 - Demonstrativo do cálculo de materiais.....	117
Tabela 7 - Demonstrativo do cálculo de medicamentos.....	118
Tabela 8 - Demonstrativo do cálculo de exames complementares.....	120
Tabela 9 - Resumo total da auditoria – Conta paciente Y.F.R.....	121

## SUMÁRIO

1. ....	INTRODUÇÃO
93	
1.1. ....	Identificação do objeto
93	
1.2. ....	Objetivo e escopo
94	
1.3. ....	Volume de recursos analisados
94	
2. ....	METODOLOGIA
95	
2.1. ....	Honorários Médicos e outros profissionais
96	
2.2. ....	Diárias
98	
2.3. ....	Taxas
98	
2.4. ....	Materiais e Medicamentos
99	
2.5. ....	Órtese, Prótese ou Material Especial - OPME
100	
2.6. ....	Resumo das referências adotadas
101	
2.7. ....	Limitações
102	
3. ....	HISTÓRICO DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DOS VALORES COBRADOS
102	
3.1. ....	Histórico e processo de regulação
102	

3.2.	..... Avaliação dos valores cobrados	103
3.2.1	..... Honorários	105
3.2.2	..... Diárias hospitalares	113
3.2.3	..... Taxas	114
3.2.4	..... Órtese, Prótese ou Material Especial	115
3.2.5	..... Materiais e Medicamentos	116
3.2.6	..... Exames complementares	119
3.2.7	..... Gases medicinais	121
3.3	..... Resumo da auditoria	121
4.	..... CONCLUSÃO	123
5.	..... EQUIPE TÉCNICA PARTICIPANTE NA AUDITORIA	55
BIBLIOGRAFIA .....		31
ANEXO .....		127
ANEXO 1 .....		128

## 9. INTRODUÇÃO

Ações deferidas pelo Poder Judiciário de Mato Grosso – PJMT – voltadas à realização de tratamentos médicos e uso de medicamentos de alto custo, subsidiados pelo Estado e Municípios à população mato-grossense, geraram impactos na gestão orçamentária dos próprios Serviços Públicos de Saúde. Frente a esta conjuntura, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso – TCE/MT reorienta ações voltadas à fiscalização das despesas públicas. Uma das vias para a realização da mesma foi a licitação da empresa *Qualirede* para realização da capacitação em auditoria e faturamento hospitalar aos servidores do TCE/MT e consultoria técnica especializada em auditoria de contas hospitalares.

Deste modo, a *Qualirede* realizou por meio de equipe multiprofissional de auditoria em saúde - com base nos processos judiciais e prontuários apresentados pelo TCE/MT - análise de pertinência técnica de atendimentos, valores de procedimentos, materiais, medicamentos, e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, cobradas em contas médicas hospitalares oriundas de demandas judiciais, nos exercícios de 2014 a 2017. Esta análise seguiu princípios da legalidade, legitimidade e economicidade em cumprimento às demandas judiciais.

A auditoria hospitalar tem se destacado como instrumento de fiscalização e controle para o gerenciamento de informações frente à complexidade das questões voltadas à área da saúde, em nível local, regional, nacional e internacional. Neste contexto, a auditoria retrospectiva analisa contas apresentadas após a realização de atendimentos, a fim de minimizar a redução dos desperdícios e identificar inconsistências nas cobranças, com foco na qualidade do atendimento e segurança do paciente.

### 5.3. Identificação do objeto

O objeto desta auditoria é avaliar a pertinência das cobranças das despesas de custos assistenciais dos atendimentos prestados em cumprimento do processo judicial nº 1079-17.2015.811.0063, encaminhadas pelo Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba/PR, ao TCE/MT; proveniente do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, baseado na Resolução CIB Nº 041 de 05 de agosto de 2004 (conforme anexo I),

advindo da assistência prestada a paciente Y.F.R.

#### **5.4. Objetivo e escopo**

O levantamento teve por objetivo e escopo a avaliação da legalidade, legitimidade e economicidade dos seguintes itens que compõem as despesas hospitalares da paciente Y.F.R. no Hospital Pequeno Príncipe:

m) honorários médicos e outros profissionais de saúde;

n) diárias e taxas hospitalares;

o) órteses, Próteses e Materiais Especiais;

p) materiais, medicamentos e gases;

q) equipamentos; e

r) exames diagnósticos.

#### **5.5. Volume de recursos analisados**

Os serviços prestados ao paciente Y.F.R., pelo Hospital Pequeno Príncipe, gerou à Comarca de Cuiabá/MT uma contrapartida financeira do Estado de R\$104.615,72.

## METODOLOGIA

A equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* - composta por médicos de múltiplas especialidades, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista e farmacêutico – teve por referência, para a presente avaliação de pertinência dos custos assistenciais, a análise de prontuário hospitalar, de conta médica e análise de dados do processo judicial.

Para avaliar a legalidade, legitimidade e economicidade dos itens elencados nas contas hospitalares, foi realizada a parametrização de preços dos procedimentos, serviços e materiais médicos conforme o praticado no mercado de saúde suplementar, com base na classificação brasileira de instituições oficiais e de referência em saúde.

Destaca-se que o TCE/MT orientou para esta avaliação a utilização de tabelas de referência atualizadas para a parametrização de preços, em que:

- e) Para os serviços/procedimentos médicos e OPME foi utilizado a valoração praticada no ano de 2016;
- f) Para materiais, medicamentos, diárias e taxas, foi utilizada a valoração praticada no ano de 2017.

Estes, sem aplicação de deflatores, ainda que a internação tenha sido realizada em anos anteriores.

## 6.1. Honorários Médicos e outros profissionais

Os procedimentos médicos são classificados conforme orienta a Associação Médica Brasileira – AMB – por meio da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. Esta é parâmetro para cobrança de honorários médicos e visa garantir remuneração digna e equilibrada frente os serviços prestados.

A CBHPM surgiu da ação unificada da AMB, do Conselho Federal de Medicina – CFM, Sociedades de Especialidades e apoio das demais entidades médicas do país.

São apresentados a seguir, alguns critérios de valoração de atos cirúrgicos definidos pela

CBHPM:

*Figura 3 - Valoração dos atos cirúrgicos e Auxiliares de Auxiliares de Cirurgia conforme CBHPM*

### 4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

- 4.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma **via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- 4.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- 4.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
- 4.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.
- 4.5. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.
- 4.6. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

## 5. AUXILIARES DE CIRURGIA

- 5.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.
- 5.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

**Fonte:** CBHPM, 2016 página 27.

Conforme determina a Resolução CFM nº 1.673/03, a classificação supracitada é adotada como o padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar e inclui suas instruções gerais e valores.

Cabe destacar que, os levantamentos realizados pelo CFM frente aos valores apresentados na Tabela SUS, não foi considerado como parâmetro os valores constantes do *Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP*, do Ministério da Saúde - MS. Por essa razão, como parâmetro para definição dos valores de referência adotados no levantamento, foi considerada a classificação CBHPM de 2016, na forma plena, sem aplicação de deflator.

Os valores definidos na CBHPM são propostos pelos grupos de cada especialidade médica. Assim, foi estabelecido valor base ou de referência no mercado privado, obedecendo os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Para os honorários dos demais profissionais de saúde, como por exemplo, do Fisioterapeuta, foi utilizado a tabela de referência do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da

10º Regional – CREFITO/SC, e para o Fonoaudiólogo, a tabela do Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Paraná - SINFOPAR, garantindo remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

Importante salientar que, em relação a tabela de honorários da fisioterapia, foi utilizada a do CREFITO/SC como referência, logo que, não há uma tabela única a nível nacional e a tabela CREFITO/PR não compreende domínio público.

## **6.2. Diárias**

Fazem parte do grupo dos serviços utilizados, as diárias de apartamento e de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal - UTI.

Como parâmetro comparativo de valoração foi utilizado tabela de referência da Operadora Nacional Regulamentada, aplicada em hospitais da rede da saúde suplementar, que acata princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

## **6.3. Taxas**

Estão inclusos neste item, de forma geral, valores faturados e descritos como: taxas administrativas, taxas de expediente, taxas de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros.

Como parâmetro para composição das taxas cobradas pelos prestadores, foi adotado a “Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta”. Este documento foi elaborado em conjunto pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE, Associação Nacional

dos Hospitais Privados - ANAHP, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB, Confederação Nacional de Saúde - CNS, Federação Brasileira de Hospitais - FBH, Federação Nacional de Saúde Suplementar - FenaSaúde, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS, Unimed do Brasil, e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A finalidade precípua da análise do documento da ANS foi averiguar a pertinência dos itens cobrados à parte, nas faturas dos hospitais, verificando se as taxas estão ou não inclusas no custo operacional dos procedimentos cirúrgicos e/ou outros procedimentos realizados.

Para remuneração de gases medicinais não houve tabela referência padronizada.

#### **6.4. Materiais e Medicamentos**

Os materiais comuns e medicamentos foram avaliados conforme a pertinência e quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços médicos prestados ao paciente. Para parametrização de preços desses itens, foi utilizado os preços da Tabela das Informações e Soluções em Saúde Farmacêuticos (SIMPRO e BRASÍNDICE), respectivamente. Foram utilizados, para a presente avaliação, os valores atualizados no exercício de 2017, sem deflator.

A SIMPRO compreende revista referencial para preços de Medicamentos e Produtos para a Saúde, utilizada como parâmetro nas negociações entre hospitais e operadoras de saúde suplementar para faturamento de contas médicas, cotações e licitações. E, a BRASÍNDICE é referencial para preços de medicamentos comercializados em âmbito nacional, publicado por empresa especializada. Nesta última, consta tabela com descrição de preço de fábrica –

PF – e preço máximo ao consumidor – PMC, além das alíquotas de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS – aplicáveis nos diversos Estados da Federação.

Foram utilizados os valores constantes da coluna PF, utilizando o ICMS, do Estado do Paraná (12%). Frente a multiplicidade de materiais e medicamentos que foram analisados nesta avaliação, foram aplicados itens com base na relevância e materialidade. Foram considerados materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor, conforme técnica da curva ABC de representatividade.

#### **6.5. Órtese, Prótese ou Material Especial - OPME**

Para OPME, foi avaliada a pertinência e quantidade de itens utilizados para realização dos procedimentos e serviços médicos ao paciente. No contexto de parâmetro de preços, foram utilizados valores obtidos na tabela padronizada pelo Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos - CTNPM. Este se trata de um fórum de negociação de OPME, com o propósito de viabilizar junto aos seus principais fornecedores, condições comerciais justas e compatíveis com o potencial de negócio oferecido pelo mercado de saúde.

A CTNPM é uma das tabelas de referência mais completas utilizada em âmbito nacional, porém não descreve alguns fornecedores e/ou marcas. Desta forma, para estes comparativos, foram utilizados análogos, em que, todos os casos foram utilizados os de maior valor de cada item e/ou material existente de acordo com a especificação técnica, matéria-prima, tamanho e modelo.

Pesquisas realizadas pelo CFM acerca dos valores aplicados pela Tabela SUS mostraram

que a mesma compreende valores defasados e desatualizados. Deste modo, não foram considerados como parâmetros os valores constantes do SIGTAP, e sim, seguidas orientações do TCE, para utilização apenas de tabelas de referência da saúde suplementar.

A análise dos OPMEs constantes na presente avaliação foi baseada conforme pertinência técnica e comparativa de valores cobrados em conta, *versus* tabela de referência.

## **6.6. Resumo das referências adotadas**

A avaliação realizada pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede* se orientou conforme os parâmetros da prática e das referências para a parametrização de preços, do Sistema de Saúde Suplementar do país. Estas, apresentadas a seguir:

- m) CBHPM, CFM, Federação Médica Brasileira - FMB - e Federação Nacional dos Médicos - FENAM. Estas, utilizadas para remunerar honorários médicos;
- n) a tabela de referência regional do CREFITO/SC para os honorários do profissional fisioterapeuta;
- o) tabela referência de operadora nacional, utilizada para remunerar diária hospitalar;
- p) Sistemática de Remuneração dos Hospitais que atuam na Saúde Suplementar: Conta Aberta Aprimorada/Tabela Compacta, para avaliar cobrança de taxas hospitalares e de equipamentos;
- q) revistas de referência de mercado como a BRASÍNDICE e SIMPRO para remunerar

medicamentos e materiais respectivamente;

- r) CTNPM para OPMEs.

## **6.7. Limitações**

Foram identificadas durante a análise em prontuário as seguintes limitações:

- k) metodologia da apresentação: disponibilizado arquivo eletrônico no formato PDF, o que dificultou a avaliação dos itens devido a desordem nos prontuários. Após a impressão, a apresentação destes estava completamente desordenada, em termos de sequência cronológica, locais de internação, procedimentos, evoluções da equipe multidisciplinar, não apresentando sequência lógica, mas sim duplicidade de registros;
- l) complexidade da análise de auditoria devido à ausência do registro de informações da equipe médica assistencial;
- m) inexistência de espelhos (relatórios) da fatura hospitalar, contendo as despesas pormenorizadas dos diversos procedimentos e serviços prestados ao paciente;
- n) descrição genérica dos honorários e serviços cobrados nas faturas, o que impossibilitou a análise dos grupos de despesas, assim como, a cobrança de códigos incompatíveis, destinados à remuneração de outros profissionais da saúde;
- o) o valor total dos itens apresentados não corresponde ao somatório dos itens individuais (multiplicando pela quantidade) no espelho da conta.

## **10. HISTÓRICO DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DOS VALORES COBRADOS**

### **7.1. Histórico e processo de regulação**

Paciente Y.F.R., prontuário nº 1079-17.2015.811.0063 TFD, para cumprimento de liminar judicial. O mesmo,

necessitando de cirurgia tríplice, com ligadura de persistência de canal arterial mais fechamento forame com pontos e fechamento comunicação interventricular com pericárdio bovino. Valor apresentado pelo Hospital Pequeno Príncipe para pagamento, R\$104.615,72.

Conforme dados coletados do prontuário, a paciente Y.F.R., com 3 meses de vida, foi primeiramente atendida na Fundação Universidade Federal de Mato Grosso - Hospital Universitário Júlio Müller, onde realizou ecocardiograma (avaliado pela Dra. Daniela Rosseto) no dia 17/04/2015, detectando Cardiopatia Congênita (comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência de canal arterial e hiperfluxo pulmonar de grau importante). Devido ao resultado desse exame, a Dra. Debora Gouget de Paiva Ferreira solicitou a transferência da paciente para o Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba-PR, em TFD, a fim de realizar o procedimento cirúrgico proposto para a patologia detectada.

A paciente foi internada no Hospital Pequeno Príncipe em 19/05/2015, às 10:52, com histórico clínico de Cardiopatia congênita (comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência de canal arterial e hiperfluxo pulmonar de grau importante). Após a internação, em 22/05/15 foi submetida à cirurgia tríplice, com a ligadura persistência de canal arterial, fechamento forame com pontos, fechamento comunicação interventricular com pericárdio bovino, que ocorreu sem intercorrências.

No pós-operatório teve boa evolução, com melhora progressiva: extubada, desmame de ventilação mecânica, suspenso oxigenoterapia, retirado drenos e cateter venoso central. Alta no dia 03/06/15 às 18h.

## **7.2. Avaliação dos valores cobrados**

De acordo com as despesas apresentadas na conta hospitalar, é evidenciada na Tabela 1 a

representatividade da divisão da fatura enviada pelo Hospital Pequeno Príncipe para o atendimento da paciente Y.F.R., de acordo com os grupos de despesas.

*Tabela 26 - Detalhamento das despesas apresentadas pelo hospital*

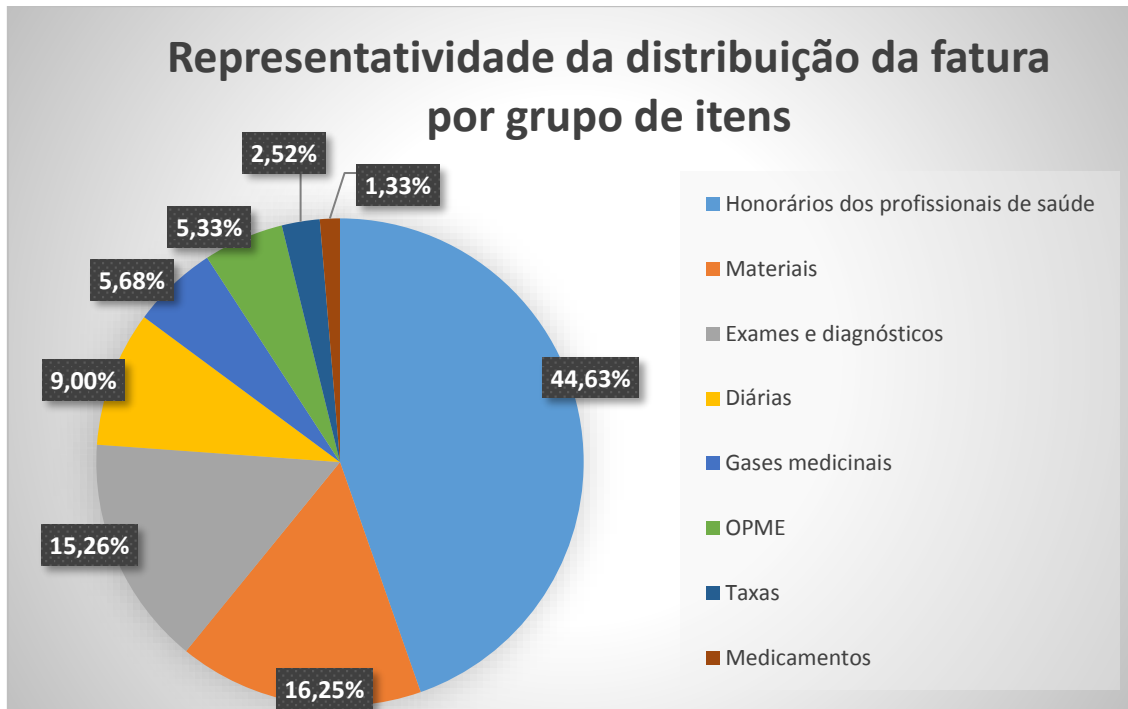
Item/Serviço	Valor total pago
Honorários dos profissionais de saúde	R\$46.686,43
Materiais	R\$17.005,18
Exames e diagnósticos	R\$15.964,40
Diárias	R\$9.415,46
Gases medicinais	R\$5.944,32
OPME	R\$5.580,90
Taxas	R\$2.631,92
Medicamentos	R\$1.387,11
<b>Total</b>	<b>R\$104.615,72</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

De acordo com as despesas apresentadas na conta hospitalar, destaca-se no Gráfico 1 a representatividade da divisão da fatura enviada pelo Hospital Pequeno Príncipe para o atendimento da paciente Y. F. R., de acordo com os grupos de despesas.

É possível identificar que o maior grupo se refere aos honorários médicos e demais profissionais de saúde (44,63%). Em seguida, temos as despesas referentes aos materiais (16,25), Exames (15,26%), Diárias (9,00%), gases medicinais (5,68%), OPME (5,33%), taxas (2,52%) e medicamentos (1,33%).

Gráfico 4 - Distribuição da conta hospitalar por grupo de itens



**Fonte:** Dados do prontuário do paciente.

A seguir, são apresentados achados pela equipe multiprofissional de auditoria em saúde da *Qualirede*, referente às despesas apresentadas pelo hospital durante a realização do tratamento médico ao paciente.

### 9.2.1 Honorários

#### Honorários da equipe médica

Nas despesas enviadas pelo Hospital Pequeno Príncipe foram apresentados os valores cobrados de honorários da equipe médica para realização de procedimento, totalizando, R\$36.260,22.

Para a parametrização de preços dos honorários médicos cirúrgicos, foi utilizado os valores

cobrados pela Tabela CBHPM de 2016, sem aplicação de deflator. A CBHPM é o parâmetro de honorários médicos que visa garantir uma remuneração digna e equilibrada dos serviços prestados.

**Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários da equipe médica:**

● Honorário Equipe Cirúrgica:

A análise em questão será representada a seguir através da tabela. Os dados descritos na primeira coluna “Conta apresentada” compreendem ao procedimento e valor total cobrado da equipe cirúrgica participante. Os dados da segunda coluna “Análise de Auditoria Técnica” correspondem aos procedimentos e seus devidos valores de acordo com a CBHPM. Foram discriminados todos os procedimentos encontrados descritos no relato cirúrgico do dia 22/05/2015, sendo estes pertinentes a valoração de honorários.

Na análise, identificou-se a realização dos seguintes procedimentos:

3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular

3.09.01.02-2 Canal arterial persistente

3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial

3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas

3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial

3.09.05.04-4 Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso

(10 kg)

3.09.05.06-0 Perfusionista

3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial

Assim, a Tabela 2 apresenta o **demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários da equipe médica cirúrgica para realização dos procedimentos.**

Segue quadro com a demonstração do Cálculo de honorários da Equipe Cirúrgica:

Tabela 27 - Demonstrativo do cálculo de honorários

Conta apresentada pelo hospital			Análise da Auditoria Técnica							
Honorários Médicos - Cirúrgico	Quantidade cobrada	Valor Cobrado	Honorários Médicos - Cirúrgico	Porte	Via de acesso	Grau de participação	Quantidade devida	Valor de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>22/05/2015</b>										
3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	1	R\$25.900,16	3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	11C	100%	100%	1	R\$1.845,34		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	11C	100%	30%	1	R\$553,60		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	11C	100%	20%	1	R\$369,07		
			3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	11C	100%	20%	1	R\$369,07		
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	10B	50%	100%	1	R\$653,60		
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	10B	50%	30%	1	R\$195,91		
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	10B	50%	20%	1	R\$130,60		
			3.09.01.02-2 Canal arterial persistente -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	10B	50%	20%	1	R\$130,60		
			3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	11B	50%	100%	1	R\$840,94		
			3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial- 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	11B	50%	30%	1	R\$252,28		

3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	11B	50%	20%	1	R\$168,19		
3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	11B	50%	20%	1	R\$168,19		
3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	4B	70%	100%	1	R\$197,83		
3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas- 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	4B	70%	30%	1	R\$59,35		
3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	4B	70%	20%	1	R\$35,97		
3.09.13.01-2 Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	4B	70%	20%	1	R\$35,97		
3.09.13.10-1 Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	4B	70%	100%	1	R\$197,83		
3.09.13.10-1 Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros- 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	4B	70%	30%	1	R\$59,35		
3.09.13.10-1 Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	4B	70%	20%	1	R\$35,97		
3.09.13.10-1 Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	4B	70%	20%	1	R\$35,97		
3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	2C	70%	100%	1	R\$74,52		
3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	2C	70%	30%	1	R\$22,35		
3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial- 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	2C	70%	20%	1	R\$22,35		

3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular- Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	R\$10.360,06	3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial -3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	2C	70%	20%	1	R\$21,29		
		3.09.05.04-4- Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - Cir. Principal Dr. Fábio S. Sallum	8A	50%	100%	1	R\$788,24		
		3.09.05.04-4- Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 1° aux. Dr. Wanderley Saviolo Ferreira	8A	50%	30%	1	R\$236,47		
		3.09.05.04-4- Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 2° aux. Dr. Carlos Alexandre Spera	8A	50%	20%	1	R\$157,65		
		3.09.05.04-4- Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - 3° aux. Dr. Fabio Rodrigues Silva	8A	50%	20%	1	R\$157,65		
		3.09.05.06-0 Perfusionista - Dr. Djalma Luiz Faraco	8A	100%	100%	1	R\$788,24		
		3.09.01.06-5 Correção cirúrgica da comunicação interventricular-Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	10C	100%	100%	1	R\$1.449,64		
		3.09.01.02-2 Canal arterial persistente – correção cirúrgica-Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	9B	50%	100%	1	R\$509,45		
		3.09.05.04-4- Instalação do circuito de circulação extracorpórea em crianças de baixo peso (10 kg) - Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	10C	50%	100%	1	R\$1.449,64		
		3.09.01.05-7 Correção cirúrgica da comunicação interatrial-Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	9B	50%	100%	1	R\$509,45		
1	R\$36.260,22	3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial – para PAM-Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	3A	70%	100%	1	R\$103,74		
		3.09.13.10-1 Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração-Anestesiista - Dra. Tatiane Coguetto da Rocha	4C	70%	100%	1	R\$223,49		
<b>Total Honorários Médicos - Cirúrgico</b>		<b>Total Honorários Médicos - Cirúrgico</b>				<b>R\$12.849,80</b>	<b>R\$23.410,42</b>	<b>64,56%</b>	

Fonte: Dados do prontuário do paciente

O valor total de honorários médicos cirúrgicos cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de R\$36.260,22 e o valor total sugerido conforme referência CBHPM edição 2016, é de R\$12.849,80.

Observa-se uma diferença de R\$23.410,42 (64,56%) passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração do procedimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

- Honorários médicos de visitas:

A análise dos custos referente às despesas que compreendem visita hospitalar estavam em conformidade em relação à quantidade apresentada. Deste modo, foram alterados apenas os valores de acordo com a referência da CBHPM edição 2016. Esta descrição pode ser visualizada na Tabela 3.

O valor total de visitas cobrado pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de R\$10.426,19 e o valor total sugerido conforme referência CBHPM edição 2016, é de R\$4.927,91.

Observa-se uma diferença de R\$5.498,28 (52,74%) passíveis de adequação do valor cobrado para a remuneração do procedimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

Tabela 28 - Demonstrativo do cálculo de honorários de visitas

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantid ade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
1.01.02.01-9 -Visita hospitalar (paciente internado) Dra. Flavia Solange Porto Lovato = 2B	15	R\$200,0040	R\$3.000,06	15	R\$91,65	R\$1.374,75	R\$1.625,31	54,18%
1.01.04.01-1 Atendimento Intensivista diarista (por paciente) diversos médicos =2B	7	R\$100,0050	R\$700,04	7	R\$91,65	R\$641,55	R\$58,48	8,35%

1.01.04.02-0 Atendimento Intensivista, diversos médicos = 3C	13	R\$500,0076	R\$6.500,10	13	R\$216,92	R\$2.819,96	R\$3.680,14	56,62%
2.02.01.10-9 Avaliação clínica diária enteral, Dra. Ana Paula Baldão = 2B	1	R\$226,0000	R\$226,0000	1	R\$91,65	R\$91,65	R\$134,35	59,45%
<b>Total Honorários Médicos - Visitas</b>			<b>R\$10.426,19</b>			<b>R\$4.927,91</b>	<b>R\$5.498,28</b>	<b>52,74%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

### **Demonstrativo de cálculo da remuneração dos honorários de outros profissionais de saúde**

Para a avaliação deste caso judicial, foram identificados atendimentos de profissionais fisioterapeutas. As quantidades apresentadas das sessões de fisioterapia estão de acordo com as evoluções em prontuário.

A auditoria identificou que os valores de honorários de fisioterapia foram cobrados, mesmo que indevidamente, no grupo de Exames e Diagnósticos.

O valor total de honorários de fisioterapia cobrados pelo Hospital vem ao encontro da referência disponibilizada pela Tabela do CREFITO, sem apresentar inconformidades. Esses dados são descritos na tabela abaixo.

Entretanto, aos procedimentos “2.01.03.65-4 Recuperação funcional de distúrbio crânio-facial” e “2.01.03.68-9 Retardo do desenvolvimento psicomotor” não foram encontradas evoluções que evidenciem a realização dos mesmos, nesta nomenclatura. Conseqüentemente, sugerimos a sua não remuneração.

Tabela 29 - Demonstrativo do cálculo de honorários de outros profissionais

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor Total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Honorários Outros Profissionais</b>								
<b>Medicina Física e Reabilitação</b>								
2.01.03.06-9 Assistência Fisiátrica Respiratória (Porte 1B)	5	R\$49,20	R\$246,00	5	R\$ 49,20	R\$246,00	-	-
2.02.03.07-1 Paciente em pós-op. de cirurgia cardíaca =1B	6	R\$67,44	R\$404,64	6	R\$ 67,44	R\$404,64	-	-
2.01.03.65-4 Recuperação funcional de distúrbio crânio-facial =1B	1	R\$50,16	R\$50,16	0	R\$-	R\$-	R\$50,16	100%
2.01.03.68-9 Retardo do desenvolvimento psicomotor =1B	1	R\$56,88	R\$56,88	0	R\$-	R\$-	R\$56,88	100%
<b>Total Outros Profissionais</b>			<b>R\$757,68</b>			<b>R\$ 650,64</b>	<b>R\$107,04</b>	<b>14,13%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

O valor total de honorários de outros profissionais cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de R\$757,68. Entretanto, visto que, à ausência de registros e/ou evoluções sobre a realização de dois procedimentos existe a possibilidade de redução de custo de R\$650,64.

Desta forma, frente ao valor cobrado em honorários para outros profissionais é possível identificar uma diferença de R\$107,04, que representa 14,13%, de passíveis de adequação do valor cobrado em conta.

## 9.2.2 Diárias hospitalares

Para a parametrização de preços de diárias foi utilizada tabela referência da Operadora Nacional da Saúde Suplementar, aplicada em hospitais da rede privada.

Foi realizado comparativo com a tabela referência com os valores cobrados pelo Hospital Pequeno Príncipe, na conta em questão, e foi possível identificar que os mesmos estão adequados aos valores de mercado. Desta forma, não gerou adequações de valores ou de quantidade cobrada.

### 9.2.3 Taxas

Estão inclusos neste item, de forma geral, os valores faturados e descritos como taxas administrativas, taxas de expediente, taxas de enfermagem, taxas de equipamentos e taxas de uso de salas e outros. Estes estão descritos na Tabela 5.

Conforme descrito na metodologia de Conta Aberta Aprimorada, utilizada como referência (citada na bibliografia), a taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrico, e os equipamentos que compreendem taxa de sala de centro cirúrgico, são apresentados abaixo:

Tabela 30 - Demonstrativo do cálculo de taxas

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica					
	Taxas	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Taxa de Equipamentos</b>									
Taxa Registro de internação	1	R\$24,58	R\$24,58	0	R\$-	R\$-	R\$24,58	100%	
Bomba de Infusão - Por Uso	5	R\$20,40	R\$102,00	0	R\$-	R\$-	R\$102,00		
Monitor de Ritmo Cardíaco - Por uso	1	R\$11,69	R\$11,69	0	R\$-	R\$-	R\$11,69		
Capnógrafo - Por uso	1	R\$21,04	R\$21,04	0	R\$-	R\$-	R\$21,04		
Oxímetro de Pulso - Por uso	1	R\$4,68	R\$4,68	0	R\$-	R\$-	R\$4,68		
Respirador volumétrico sem O2	1	R\$141,57	R\$141,57	0	R\$-	R\$-	R\$141,57		
<b>Total Taxas Equipamentos</b>			<b>R\$305,56</b>				<b>R\$305,56</b>		
<b>Outras taxas - sem inconsistência</b>									
Taxa de sala cirúrgica porte 7	1	R\$1.941,70	R\$1.941,70		R\$-	R\$1.941,70	R\$-		
Bomba de circulação extracorpórea - por uso	1	R\$119,24	R\$119,24		R\$-	R\$119,24	R\$-		
Café para acompanhante	10	R\$4,68	R\$46,80		R\$-	R\$46,80	R\$-		
Refeição para acompanhante	17	R\$ 12,86	R\$218,62		R\$-	R\$218,62	R\$-		
<b>Total Taxas</b>			<b>R\$2.631,92</b>			<b>R\$2.326,36</b>	<b>R\$305,56</b>		<b>11,61%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Foi possível aferir que todos os valores cobrados referentes a taxas de enfermagem, de sala e de equipamentos, são passíveis de adequação. Esta compreende o valor de R\$ 305,56, as demais taxas não apresentaram inconsistências conforme demonstrado na tabela acima.

#### 9.2.4 Órtese, Prótese ou Material Especial

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em OPME totalizaram R\$ 5.580,90.

A auditoria constatou que os valores conferem com as negociações de mercado, não obtendo inconformidades na cobrança desses itens. Entretanto, não foram localizadas as etiquetas dos OPMEs utilizados em concordância com a RE CFM 1804/2006, que estabelece:

*"Art. 3º As etiquetas de identificação dos produtos, que deverão conter seus dados completos de fabricação, bem como a declaração de origem firmada pelo distribuidor, corresponsável pelos mesmos, passarão a fazer parte obrigatória do prontuário do paciente, onde ficarão arquivadas pelo tempo legal exigido."*

Ao considerar que há registro de utilização dos materiais em relatório cirúrgico e há pertinência técnica para sua utilização, foi recomendada a manutenção do pagamento destes itens com a ressalva de que o atendimento não ocorreu em conformidade com a legislação citada.

## 9.2.5 Materiais e Medicamentos

Para materiais e medicamentos foi avaliada a pertinência técnica e a quantidade dos itens utilizados para realização de procedimentos e serviços de assistência em saúde ao paciente. Este foi realizado com referência nas revistas BRASÍNDICE (edição nº 882) e SIMPRO (de agosto de 2017).

Devido à multiplicidade de materiais e medicamentos foram analisados itens com base na relevância e materialidade, em que foi selecionado o nível de prioridade conforme análise de Pareto, considerando a curva A e B (materiais e medicamentos mais utilizados e de maior valor).

- **Materiais**

No contexto das despesas referentes a materiais, foi identificada a cobrança de material esterilizado, que não exige utilização única, como o extensor hospitalar (mangueira de aspiração). Este foi cobrado na presente conta judicial, em 4 unidades para uso em Centro Cirúrgico. No entanto, o mesmo prevê até 30 ciclos de reprocessamento (reesterilização para reutilização) conforme especificações de fornecedores desse tipo de material. Entretanto este item está incluso no conjunto de insumos que compõe as taxas de centro cirúrgico, e a sua readequação em conta, gera redução de custo de R\$286,20.

Foi encontrada também divergência na quantidade do material “Fio prolene 7/0”; utilizado 1 conforme descrito em relatório cirúrgico, porém cobradas 2 unidades, sugere-se assim adequação de valores, reduzindo 1 unidade.

Foi possível identificar, em uma amostra de materiais - com base na materialidade e relevância dos mesmos – inadequação de valores cobrados

A tabela abaixo, demonstra os achados:

Tabela 31 - Demonstrativo do cálculo de materiais

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Materiais analisados curva AB</b>								
Fio prolene 7/0	2	R\$271,84	R\$543,68	1	R\$253,57	R\$253,57	R\$290,11	53,36%
Extensor hospitalar (mangueira de aspiração)	4	R\$71,55	R\$286,20	0	R\$-	R\$-	R\$286,20	100,00%
Equipo bomba simples eurofix compact air Bbraun	10	R\$731,61	R\$7.316,10	10	R\$633,13	R\$6.331,30	R\$984,80	13,46%
Microfix simples Bbraun	4	R\$76,71	R\$306,84	4	R\$22,56	R\$90,24	R\$216,60	70,59%
Fio Prolene 6/0 M8706T johnson&johnson	13	R\$108,74	R\$1.413,62	13	R\$101,44	R\$1.318,72	R\$94,90	6,71%

<b>Total itens com inconsistência</b>			<b>R\$9.866,44</b>			<b>R\$7.993,83</b>	<b>R\$1.872,61</b>	<b>18,98%</b>
<b>Outros materiais - curva ABC</b>								
Outros materiais - curva AB			R\$6.288,49			R\$6.288,49	R\$-	
Materiais curva C (menor relevância)			R\$850,25			R\$850,25	R\$-	
<b>Total Materiais</b>			<b>R\$17.005,18</b>			<b>R\$15.132,57</b>	<b>R\$1.872,61</b>	<b>11,01%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

O valor total cobrado em materiais foi R\$17.005,18, que representa 16,3% da fatura. Destes, R\$1.872,61, equivalem 11,01% do grupo do item, os quais são passíveis de adequação.

### ● Medicamentos

Durante a análise de auditoria não foram encontrados registros/evidências quanto ao uso dos medicamentos: “Solumedrol 500mg”, “Pancuron 2 mg” e “Protamina 1.000ui/ml” em centro cirúrgico, conforme cobrança no espelho da conta. Sugere-se a adequação de R\$60,90.

Foi evidenciado o sobre preço do medicamento “Primacor 1mg/ml”.

Segue tabela com as devidas sugestões em medicamentos:

Tabela 32 - Demonstrativo do cálculo de medicamentos

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução	% passível de redução
<b>Medicamentos analisados curva AB</b>								
Solumedrol 500mg	1	R\$48,78	R\$48,78	0	R\$-	R\$-	R\$48,78	100%
Pancuron 2 mg	1	R\$9,19	R\$9,19	0	R\$-	R\$-	R\$9,19	100%
Protamina 1.000ui/ml	1	R\$2,92	R\$2,92	0	R\$-	R\$-	R\$2,92	100%
Primacor 1mg/ml amp 10ml	3	R\$67,80	R\$203,40	3	R\$59,49	R\$178,47	R\$24,93	12,26%
<b>Total itens com inconsistência</b>			<b>R\$264,29</b>			<b>R\$178,47</b>	<b>R\$85,82</b>	<b>32,47%</b>
<b>Outros medicamentos - curva ABC</b>								

Outros medicamentos - curva AB			R\$1.053,47			R\$1.053,47	R\$85,82	
Medicamentos curva C (menor relevância)			R\$69,35			R\$69,35	R\$-	
<b>Total Medicamentos</b>			<b>R\$1.387,11</b>			<b>R\$1.301,29</b>	<b>R\$85,82</b>	<b>6,19%</b>

**Fonte:** Dados do prontuário do paciente

Do valor cobrado em medicamentos, R\$85,82 (32,47%) são passíveis de adequação para a remuneração do atendimento realizado em cumprimento da liminar judicial.

## 9.2.6 Exames complementares

Foram identificadas cobranças excedentes aos registros de realização, no subgrupo de despesa Hemoterapia, e também no subgrupo Fisioterapia, este cobrado indevidamente dentro do grupo Exames complementares.

### ● Hemoterapia

Nas despesas apresentadas pelo Hospital Pequeno Príncipe, os valores cobrados em Hemoterapia totalizaram R\$6.705,18

Foi constatado que uma das etiquetas de bolsa de sangue foi fixada duas vezes no prontuário, em datas distintas: causando duplicidade, bolsa CH20150525187, diminuindo assim a quantidade de bolsas utilizadas de 5 para 4 unidades, e conseqüentemente a cobrança excedente dos exames sorológicos referente a estas.

Segue assim, em tabela, o valor sugerido para a cobrança do grupo de despesas da Hemoterapia, com desconto da quantidade a maior e desconto do sobre preço, conforme CBHPM 2016:

Tabela 33 - Demonstrativo do cálculo de exames complementares

Descrição	Conta apresentada			Análise da Auditoria Técnica				
	Exames e Diagnósticos	Quantidade cobrada	Valor cobrado	Valor total pago	Quantidade pertinente	Valor unitário pertinente	Valor total de referência	Valor passível de redução
<b>Hemoterapia</b>								
Eletrforese de hem. Por comp.	5	R\$16,02	R\$80,10	4	R\$16,02	R\$64,08	R\$16,02	20,00%
NAT/HCV	5	R\$286,98	R\$1.434,90	4	R\$231,54	R\$926,16	R\$508,74	35,45%
NAT/HIV	5	R\$286,98	R\$1.434,90	4	R\$231,54	R\$926,16	R\$508,74	35,45%
Pesq. Anti HTLV	5	R\$93,24	R\$466,20	4	R\$93,24	R\$372,96	R\$93,24	20,00%
Chagas	5	R\$54,60	R\$273,00	4	R\$54,60	R\$218,40	R\$54,60	20,00%
Anti HBC	5	R\$53,64	R\$268,20	4	R\$53,64	R\$214,56	R\$53,64	20,00%
Anti HCV	5	R\$94,68	R\$473,40	4	R\$94,68	R\$378,72	R\$94,68	20,00%
Anti HIV	10	R\$89,40	R\$894,00	8	R\$89,40	R\$715,20	R\$178,80	20,00%
Sífilis	5	R\$26,28	R\$131,40	4	R\$26,28	R\$105,12	R\$26,28	20,00%
HBSAG	5	R\$51,24	R\$256,20	4	R\$51,24	R\$204,96	R\$51,24	20,00%
Honorário de transfusão	5	R\$21,00	R\$105,00	4	R\$21,00	R\$84,00	R\$21,00	20,00%
Process. de unidade de concentrado de hemácia	3	R\$147,72	R\$443,16	2	R\$147,72	R\$295,44	R\$147,72	33,33%
<b>Total Hemoterapia com inconsistência</b>			<b>R\$6.260,46</b>			<b>R\$4.505,76</b>	<b>R\$1.754,70</b>	<b>28,03%</b>
Fisioterapia			<b>R\$757,68</b>			<b>R\$650,64</b>	<b>R\$107,04</b>	<b>14,13%</b>
<b>Outros Hemoterapia - sem inconsistência</b>								
Grupo sanguíneo ABO e RH	1	R\$66,60	R\$66,60			R\$66,60	R\$-	
Prova de compatibilidade	3	R\$52,20	R\$156,60			R\$156,60	R\$-	
Process. De unidade plasma	2	R\$110,76	R\$221,52			R\$221,52	R\$-	
<b>Total Geral Hemoterapia</b>			<b>R\$6.705,18</b>			<b>R\$4.950,48</b>	<b>R\$1.754,70</b>	<b>26,17%</b>
Exames Cardiologia			R\$4.354,65			R\$4.354,65	R\$-	
Genética			R\$524,22			R\$524,22	R\$-	
Patologia			R\$3.086,51			R\$3.086,51	R\$-	
Radiodiagnostico			R\$536,16			R\$536,16	R\$-	
<b>Total Exames e Diagnósticos</b>			<b>R\$15.964,40</b>			<b>R\$14.102,66</b>	<b>R\$1.861,74</b>	<b>11,66%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

Do valor cobrado em Exames Complementares, especificamente vinculados à Hemoterapia, R\$1.754,70 (28,03%) são passíveis de adequação. Já nos valores vinculados a Fisioterapia R\$107,04 (14,13%), conforme já citado em honorários de outros profissionais, os quais também são passíveis de adequação.

### 9.2.7 Gases medicinais

De acordo com a análise de prontuário referente ao uso de gases medicinais, foi possível evidenciar que as quantidades cobradas pelo Hospital Pequeno Príncipe no valor de R\$5.944,32, estão em conformidade.

## 9.3 Resumo da auditoria

Após análise de cada grupo de despesas sugere-se adequação de valores na cobrança da conta hospitalar com redução de R\$33.034,45 (31,58%) da conta apresentada, referente aos gastos com atendimentos prestados à paciente Y.F.R.

Segue tabela resumida com especificações:

*Tabela 34 - Resumo total da auditoria – Conta paciente Y.F.R.*

Serviço	Valor cobrado Apresentado	Análise da Auditoria Técnica
---------	---------------------------	------------------------------

		Valor sugerido para pagamento	Valor passível de adequação	% passível de redução
Honorários médicos	R\$46.686,43	R\$17.777,71	R\$28.908,72	61,92%
Materiais	R\$17.005,18	R\$15.132,57	R\$1.872,61	11,01%
Exames e Diagnósticos	R\$15.964,40	R\$14.102,66	R\$1.861,74	11,66%
Diárias	R\$9.415,46	R\$9.415,46	R\$-	0,00%
Gases Medicinais	R\$5.944,32	R\$5.944,32	R\$-	0,00%
OPME	R\$5.580,90	R\$5.580,90	R\$-	0,00%
Taxas	R\$2.631,92	R\$2.326,36	R\$305,56	11,61%
Medicamentos	R\$1.387,11	R\$1.301,29	R\$85,82	6,19%
<b>Total</b>	<b>R\$104.615,72</b>	<b>R\$71.581,27</b>	<b>R\$33.034,45</b>	<b>31,58%</b>

Fonte: Dados do prontuário do paciente

<p><b>Total cobrado: R\$104.615,72</b></p> <p><b>Sugestão de adequação: R\$33.034,45 (31,58%)</b></p> <p><b>Sugestão de pagamento: R\$71.581,27 (68,42% da conta cobrada)</b></p>
---

## 10. CONCLUSÃO

As demandas judiciais em saúde têm tido um crescimento expressivo, que por muitas vezes envolvem cifras orçamentárias altas e causam impacto na qualidade da assistência tanto na saúde suplementar, quanto nos serviços peculiares ao SUS, que podem envolver medicamentos de alto custo, materiais, OPMEs, leitos, honorários médicos e serviços assistenciais para atendimento à população.

Conforme a Constituição Federal de 1988:

- Art. 6º - São direitos sociais a educação, a **saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a **segurança**, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
- Art. 196º - **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entender a saúde como direito constitucional inclui a compreensão dos custos que a assistência em saúde promove. Desta forma, a cobrança desses serviços – que devem seguir as orientações da regulação em saúde – podem comprometer a administração das verbas de serviços públicos e/ou privados, principalmente, quando inadequados à regulação vigente. Neste contexto, liminares judiciais atendem uma população restrita, que em um contexto adequado à regulação, poderia ser mais abrangente, com cobrança fidedigna e adequada pelos estabelecimentos de saúde.

A fim de avaliar os impactos com a judicialização da Saúde, foi licitada pelo TCE/MT, à empresa *Qualirede*, a análise de processos decorrentes de judicialização, visando avaliar a qualidade do atendimento prestados a adequação de preços dos serviços de saúde, objetivando a diminuição de desperdícios e a otimização dos recursos.

Foi possível concluir que na conta da paciente Y.F.R, o valor apresentado pelo Hospital Pequeno Príncipe foi de **R\$104.615,72**.

No entanto, após a realização da auditoria das contas e prontuários apresentados, foi sugerido adequação de inconformidades e valores acima do mercado cobrados em conta, no valor de **R\$33.034,45**. Devendo o valor sugerido para pagamento ser de **R\$71.581,27**, o que

representa uma redução de **31,58%** da fatura atual.

## 11. EQUIPE TÉCNICA PARTICIPANTE NA AUDITORIA

---

Tanise Bonilla Souza  
Coordenadora Auditoria  
COREN/SC 198781

---

Grazielle de Barros Shiguihara  
Enfermeira Auditora  
COREN/SC 357.977

---

Monique Ribeiro de Lima  
Nutricionista Auditora  
CRN/10- 5526

---

Carlos Eduardo Porsch  
Responsável Técnico  
CRM/SC 14229

---

Camila dos Santos  
Fisioterapeuta Auditora  
CREFITO/SC 136916-F

---

Edgar José Fagundes  
Farmacêutico Auditor  
CRF/SC 1788

---

Sandra Amaral Rocco  
Médica Auditora  
CRM/SC 17580

## BIBLIOGRAFIA

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conta aberta/Tabela Compacta. Out, 2012. Disponível em: <  
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao\\_da\\_sociedade/2016\\_gt\\_opme/grupo5\\_orteses\\_proteses\\_materiais\\_especiais\\_rodadasp\\_2012.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/2016_gt_opme/grupo5_orteses_proteses_materiais_especiais_rodadasp_2012.pdf)>

CBHPM 2016 – Disponível em: <<https://amb.org.br/cbhpm/>>

Comitê Técnico Nacional de Produtos Médicos CTNPM. Disponível em: <  
<http://www1.unimed.com.br/nacional>>

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 482 de 1º de abril de 2017. Fixa e estabelece o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.673/03. A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. Disponível em: <  
[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1673\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1673_2003.htm) >

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RE 1804/2006. Disponível em: <  
[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1804\\_2006.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1804_2006.htm)>.

Revista Brasíndice. Ed nº 882. ago 2017.

Revista SIMPRO. Ago 2017.

Tabela de reembolso de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.unimedfesp.coop.br>>.

**ANEXO**

## **ANEXO 1**

### **Resolução CIB N° 041 de 05 de agosto de 2004**

*Dispõe sobre o manual de normatização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS/MT. A COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:*

*I – A Portaria SAS/MS/N° 055 de 24/02/1999;*

*II – A Lei N° 8080 de 19/09/90;*

*III – A Lei Complementar N° 22 de 09/11/92;*

*IV – A Constituição Federal, no seu artigo 198 que preconiza a integralidade do atendimento à saúde;*

*V – A Resolução CIB nº 061 de 16/12/03 que regulamenta a concessão do auxílio para TFD no Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde;*

*VI - A competência da Secretaria de Estado de Saúde de coordenação e normatização do sistema de saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso;*

*VI – A necessidade de garantir ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS/MT – o acesso à rede de serviços com sistema de referência e contra referência;*

*VII – A necessidade de racionalizar a prestação de serviços.*

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º - Aprovar o Manual de normatização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) do Estado de Mato Grosso, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/MT, anexo desta Resolução.**

**Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.**

### **ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB N° 041 DE 05 DE AGOSTO DE 2004 MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO SETOR DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD/MT**

#### **1 – APRESENTAÇÃO**

*A Gerência do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) está vinculada a Coordenação de Apoio aos Municípios da Superintendência de Regulação/Central de Regulação – CER/SUS – MT, da Secretaria de Estado de Saúde.*

*O TFD constitui-se um recurso de exceção oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS com amparo legal na Resolução nº 37 de 22/11/94 do Conselho Estadual de Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/90, Lei Complementar nº 22 de 09/11/92, Portaria SAS nº 055 de 24/02/99 - Ministério da Saúde e Resolução CIB nº 061 de 16/12/2003.*

*O TFD utiliza-se das diretrizes e princípios legais que compõem o SUS. A sua prática é voltada para o usuário do SUS em sua totalidade, envolvendo também o lado social com ênfase na humanização e resgate da cidadania e não somente trabalhando a sua doença. A elaboração deste Manual de Normatização tem como objetivo principal a organização do Sistema de Referência do SUS, normatizando as rotinas do processo de TFD, proporcionando aos gestores municipais e estaduais, profissionais técnicos administrativos e usuários do SUS, orientação mais segura e ordenada de atuação, atentando-se à necessidade de adequá-las as peculiaridades da rede de assistência à saúde.*

*Neste Manual são traçadas as diretrizes dos procedimentos e rotina do TFD através de uma prática única, tendo como metas a qualidade, eficiência e humanização do atendimento dentro do SUS. Não obstante a relevância destes procedimentos para garantir a todos os cidadãos do estado o acesso universal aos serviços de saúde, os gestores municipais e estaduais devem empenhar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde, visando atender aos usuários o mais próximo possível de sua residência.*

*Com isso, o acompanhamento e avaliação do TFD, deverão ser utilizados como termômetro do sistema de Saúde em nosso estado, pois o usuário realmente só recorrerá a serviços fora de Mato Grosso, quando esgotadas todas as fontes de atendimento em sua referência.*

## **2 – DEFINIÇÃO**

*O benefício de TFD consiste em fornecimento de passagens para deslocamento exclusivamente dos usuários do SUS e seus acompanhantes – se necessário - para a realização de atendimento médico especializado em Unidades de Saúde cadastradas/conveniadas ao SUS em outras Unidades da Federação. Também está previsto o pagamento de ajuda de custo para alimentação e pernoite. Estes benefícios somente serão concedidos quando esgotados todos os meios de tratamento na Rede Pública ou Conveniada ao SUS no Estado de Mato Grosso e, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário ao tratamento.*

### **3 - DAS NORMAS GERAIS**

*a) O início do processo para tratamento fora do Estado de Mato Grosso se dará após a emissão do Laudo Médico de AIH pelo médico especialista da rede SUS, Laudo Médico de TFD e autorização do procedimento pelo Médico Regulador da CER/SUS. O TFD oferece agendamento de consultas, tratamento ambulatorial, cirúrgico e social, passagens de ônibus e avião de ida e volta com direito a acompanhante dependendo do diagnóstico e estado geral do usuário, além de ajuda de custo para despesa com hospedagem e alimentação, conforme tabela.*

*b) O agendamento de 1º consulta deverá ser realizado pelo Serviço Social/TFD e comunicado ao usuário ou seu representante legal.*

#### **3.1 – Dos Casos do Interior do Estado**

*Nos casos em que o domicílio do usuário for fora da capital, ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde de origem do usuário e ou acompanhante o pagamento da passagem, ida/volta, de acordo com a portaria SAS/MS nº 055 de 24/02/99 e Resolução CIB nº 061 de 16/12/03.*

#### **3.2- Dos Documentos**

*Todo documento entregue pelo usuário no setor de TFD, não poderá conter nenhuma espécie de rasura sob qualquer pretexto, implicando na não aceitação do mesmo, conforme art.7º da. Resolução CIB nº. 061 de 16/12/03.*

## **4.0 - DA FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO**

### **4.1- Documentos Necessários:**

*a) Laudo Médico de Emissão de AIH (original), preenchido com o código de procedimento, carimbado e assinado pelo médico especialista da rede SUS.*

*b) Laudo Médico de TFD (original) preenchido corretamente carimbado e assinado pelo médico especialista da rede SUS, esse documento terá validade de 1 ano após sua emissão.*

*c) Cópia de documentos pessoais do usuário e acompanhante; caso seja menor, a apresentação da Certidão de Nascimento.*

*d) Comprovante de Residência (cópia da conta de luz, água etc.)*

*e) Caso o Município de origem do usuário não dispuser de especialista do SUS/MT, o agendamento para avaliação no Município de Cuiabá deverá ser realizado via Centrais Regionais de Regulação, conforme parágrafo único do art. 6º da Resolução da CIB nº 061 de 16/12/03. 4.1.2 - Do Conteúdo do Processo a) Folha de trâmite; b) Pedido de Tratamento fora do Domicílio – PTFD e demais documentos acima citados; c) Número de protocolo de entrada; d) Número do PTFD. 4.2 - Do Pedido de Tratamento Fora de Domicílio*

#### **4.2.1 – Da Indicação do TFD**

*O TFD será sugerido pelo médico-assistente ou por junta médica do usuário em tratamento no âmbito do SUS de Mato Grosso mediante Laudo Médico de TFD, no qual deverá ficar bem caracterizada a problemática médica do usuário, de acordo com o art. 6º da Portaria SAS/MS nº 055/99*

#### **4.2.2 – Dos Usuários de Cuiabá**

*Os pedidos de TFD, para usuários residentes em Cuiabá deverão ser encaminhados pelas Unidades Especializadas da rede SUS à CER/SUS, que irá emitir parecer sobre o caso, definindo duas situações:*

*a) Se houver condições do tratamento ser realizado em Cuiabá, a mesma ficará responsável pelo encaminhamento para os serviços públicos e conveniados da rede SUS; b) Se não houver condições do tratamento ser realizado em Cuiabá, o Médico Regulador da CER/SUS da o parecer técnico, confirmando que o procedimento não existe na rede SUS/MT e faz o encaminhamento para o setor do TFD onde seguirá o seu trâmite normal.*

#### **4.2.3. - Das Avaliações**

*Os usuários cuja avaliação definiu que os tratamentos dos mesmos não serão realizados na própria sede do município deverão ser encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, com relatório de referência e contra-referência para a Central Regional de sua vinculação onde deverão ser avaliados quanto à necessidade de realizar seu tratamento fora do município sede do pólo.*

*A Central Regional é a responsável pelo agendamento da consulta especializada em Cuiabá. Após a avaliação, o médico preencherá o Laudo de Emissão de AIH e o Laudo de TFD. Tão logo a avaliação e a documentação estejam corretas o processo deverá ser remetido à Gerência de Acompanhamento das Centrais que seguirá os trâmites normais. 4.2.4 – Dos Transplantes*

*Nos casos em que houver procedimentos de transplantes de órgãos e tecidos, os Laudos Médicos de Tratamento Fora de Domicílio e Laudo de Emissão de AIH deverão ser encaminhados, pela Central de Regulação de Leitos, à Coordenadoria de Transplante para emitir parecer médico.*

#### **4.2.5 - Da Urgência/Emergência**

*Tendo em vista que o TFD não contempla procedimentos de urgência e emergência, os contatos visando conseguir a transferência do usuário são de responsabilidade conjunta do médico assistente do usuário e do médico regulador do TFD.*

#### **4.2.6 – Da Oncologia**

*Nos casos em que houver procedimentos de oncologia, os Laudos Médicos de Tratamento Fora de Domicílio e Laudo de Emissão de AIH deverão ser encaminhados, pela Central de Leitos, à Gerência de Oncologia para que emitir parecer médico.*

### **5 - DA AUTORIZAÇÃO DO PROCESSO**

*Laudo Médico/TFD (LM/TFD) e demais documentos pertinentes serão – obrigatoriamente - submetidos à apreciação da equipe médica reguladora do setor do TFD. Esse laudo terá validade de um ano podendo ser periodicamente renovado pelo médico assistente do usuário; desde que se prove a necessidade de continuação do tratamento.*

### **6 – DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DO TFD**

#### **6.1 – Da Autorização**

*O TFD só poderá ser autorizado quando houver garantia de atendimento no Estado de referência (Órgão de Destino) com data e horário definido previamente, conforme Resolução CIB nº061 de 16/12/03.*

#### **6.2 – Do Órgão de Destino**

*Considera-se como órgão de destino para fins de TFD qualquer Unidade de Saúde - fora do Estado de Mato Grosso - vinculada ou credenciada ao SUS e que prestará atendimento ao usuário.*

### **6.3 Das Restrições**

*Fica vedada a liberação de passagens a usuários não cadastrados no setor de TFD.*

### **6.4 - Dos Casos de Alta Complexidade**

*Aqueles casos com ausência ou insuficiência de oferta no Estado nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Ortopedia e Neurologia que necessitam de atendimento de alta complexidade, conforme procedimentos definidos pela portaria da SAS/MS nº 589/2001 deverão ser cadastrados pela Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade – CERAC/MT, junto a Central Nacional de Alta Complexidade - CNRAC para a concessão da vaga em local disponível, em território nacional. Posteriormente, a CERAC/MT informará ao setor de TFD a data do agendamento, para o encaminhamento do usuário.*

## **7. – DO TIPO DE TRANSPORTE**

### **7.1 – Do Transporte Terrestre**

- a) Serão fornecidas preferencialmente - para usuários em TFD – passagens de ônibus rodoviários comuns;*
- b) Aqueles usuários com estado de saúde mais grave poderão receber passagens para ônibus tipo leito, mediante justificativa do médico solicitante e comprovação da gravidade do estado de saúde pela apresentação de exames complementares;*
- c) As passagens terrestres serão liberadas ida e volta conforme itinerário, ficando sob responsabilidade do usuário o agendamento na rodoviária.*
- d) No retorno da viagem os usuários deverão entregar no setor do TFD os canhotos das passagens para fins de prestação de contas.*

#### **7.1.1 – Da Troca do Meio de Transporte**

*Os usuários que forem liberados em transporte terrestre e por solicitação médica escrita e justificada e que necessitem de retorno em transporte aéreo, se autorizada, deverão devolver as passagens terrestres não utilizadas.*

### **7.2 – Do Transporte Aéreo**

*a) Passagens aéreas somente serão fornecidas para aqueles casos nos quais o estado de saúde do usuário o impeça de viajar de ônibus, ou quando a demora de deslocamento traga risco extremo à saúde. Esses pedidos deverão ser minuciosamente justificados pelo médico assistente que deverá comprovar a gravidade do estado de saúde pela apresentação de exame complementares pertinentes e Relatório Médico bem fundamentado, que será submetido à rigorosa análise por parte da equipe médica reguladora, de acordo com o §1 do art. 4º da portaria SAS/MS 055/1999 e Resolução da CIB nº061 de 16 de dezembro 2003;*

*b) Aqueles usuários que receberem passagens aéreas deverão entregar no TFD, após o retorno da viagem, os canhotos das mesmas, para fins de prestação de contas.*

#### **7.2.1 – Das Passagens Aéreas de Ida e Volta**

*a) As passagens aéreas serão liberadas a ida e volta somente ao usuário que souber o seu tempo de permanência na localidade de destino, para que não incorra em multa se o mesmo não retornar na data prevista;*

*b) Nos casos em que não houver previsão de retorno, só serão liberadas as passagens de ida com posterior solicitação de PTA (pedido de transporte aéreo), depois de confirmada a alta hospitalar.*

## **8 - DOS PEDIDOS DE TFD INDEFERIDOS**

*Os pedidos de TFD indeferidos não serão devolvidos aos solicitantes devendo ser arquivados ao setor de TFD pelo período de dois anos. Findo este prazo serão encaminhados ao arquivo geral da SES.*

## **9 - DA SOLICITAÇÃO DAS PASSAGENS**

*A solicitação de passagens deverá ser feita pelo próprio usuário ou acompanhante no setor de TFD. Em caso de usuário residente no interior as solicitações deverão ser feitas pelas Secretarias Municipais de Saúde e ou Escritórios Regionais via fax e/ou ofício respeitando prazo de 20 (vinte) dias úteis que antecedem a consulta, contendo nome e número de documentos do usuário e acompanhante, data da consulta, telefone do usuário e data do embarque e destino.*

#### **10 – DA LIBERAÇÃO DAS PASSAGENS**

- a) As passagens serão entregues aos usuários e/ou acompanhantes munidos de documentos;*
- b) Em caso de terceiros, o mesmo deverá apresentar declaração/autorização do usuário e/ou da Secretaria Municipal de Saúde conferindo-lhe a responsabilidade da retirada das passagens;*
- c) O setor TFD não se responsabilizará pela liberação de passagens a acompanhantes que quiserem retornar ao município de origem antes da liberação e/ou alta do usuário;*
- d) As passagens deverão estar disponibilizadas ao usuário ou seu representante legal no prazo de 72 (setenta e duas) horas da data da viagem. Conforme art. 9º da Resolução da CIB nº. 061 de 16/12/03;*
- e) Conforme o art.10º da Resolução CIB nº.061 de 16/12/03, o usuário deverá ser comunicado, respeitando o prazo de 72 (setenta e duas horas), quando por qualquer motivo, não for possível cumprir o prazo estabelecido no art. 9º. da citada Resolução.*

#### **10.1 - Da Continuidade do Benefício**

- a) Para a continuidade do benefício do TFD o usuário deve entregar no setor de TFD assim que retornar de viagem os seguintes documentos: I. Relatório/Contra-Referência (devidamente preenchido pelo médico assistente/carimbado e datado), contendo as especificações do tratamento concluído e/ou interrompido e as razões das interrupções; II. Canhoto das passagens para fins de prestação de contas.*

##### **10.1.1 – Do Direito a Novos Benefícios**

*Somente terão direito ao recebimento de novos benefícios de TFD (passagens e ajuda de custo para alimentação e pernoite) aqueles usuários estritamente em dia com a documentação, relatórios contra/referência e demais documentos pertinentes solicitados pelo setor de TFD.*

##### **10.2 – Da Reavaliação**

- a) Médico Regulador/TFD solicita do médico de referência, reavaliação sugerindo a possibilidade de continuidade do tratamento na origem;*
- b) Avalia as condições físicas do usuário, e a necessidade de troca do meio de transporte, considerando-se a regressão da doença.*

##### **10.3 – Da Contra Referência**

- a) Confirma a presença do usuário na consulta;*
- b) Confirma a continuidade do tratamento naquele serviço;*
- c) Apresenta a data de retorno;*
- d) Esclarece o diagnóstico e faz resumo e previsão para o caso.*

##### **10.4 - Do Retorno**

- a) O retorno de consulta deve ser agendado pelo próprio usuário na instituição de tratamento, e/ou com apresentação do Relatório/Contra Referência ficando sob responsabilidade do setor de TFD a confirmação desse agendamento para posterior liberação de passagens;*
- b) O relatório contra referência que vier com agendamento programado também será confirmado pelo setor de TFD para posterior liberação de passagens;*
- c) Caso o usuário retorne ao município de origem sem agendamento da consulta, ficará sob sua responsabilidade agendar/solicitar via fax declaração da Instituição confirmando a data do agendamento de consulta para posterior liberação de passagens.*

#### **11. – DA AJUDA DE CUSTO**

- a) Aos usuários cadastrados no setor de TFD será liberada Ajuda de Custo para alimentação e pernoite, conforme a Portaria SAS nº 055 de 24 de Fevereiro de 1999 e art. 03 § 4º da Resolução CIB nº. 061 de 16/12/03;*
- b) A liberação da Ajuda de Custo nos moldes do TFD do SUS/MT está obrigatoriamente condicionada à livre, espontânea e expressa iniciativa do usuário, mediante preenchimento e assinatura do Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo ou Requerimento;*
- c) O usuário deverá solicitar a ajuda de custo com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência da data da consulta.*

##### **11.1 - Documentos Necessários**

- a) Formulário de Solicitação de Ajuda de Custo e/ou Requerimento. b) Cópias do RG e CPF. c) Comprovante de residência (com telefone para contato). d) Relatório/Contra Referência. e) Cartão do Agendamento de Consulta. f) Laudo Médico de TFD. g) Número da Conta Bancária*

**11.2 - Da Formalização do Processo**

- a) Confirmação do agendamento.**
- b) Parecer do Médico Regulador/TFD, autorizando a viagem.**
- c) Cálculo do valor a qual o Usuário/Acompanhante fará jus;**
- d) Pedido da Ajuda de Custo com anuência da Gerência do TFD, Coordenadoria das Centrais Regionais e Superintendência de Regulação a ser encaminhado à Área Financeira;**

**11.3 - Do Recebimento do Benefício**

**11.3.1 – Da Primeira Consulta Fora do Estado**

**A princípio, na primeira consulta realizada pelo usuário fora do Estado de Mato Grosso, o usuário receberá o valor correspondente entre 01 (uma) a 05 (cinco) diárias (de acordo com sua solicitação), conforme tabela art. 3º §4º da Resolução CIB 061 de 16/12/03 .**

**11.3.2 – Do Retorno**

**Nos casos de consulta de retorno será liberada a ajuda de custo por um período máximo de 10 (dez) dias.**

**11.3.3 –Da Liberação para Transplante**

**a) A liberação de ajuda de custo para os casos de transplante ficam assim definidas: I. Para a primeira avaliação será liberada a ajuda de custo por um período máximo de 30 (trinta) dias; II. Para o período pré-transplante será liberada a ajuda de custo por um período máximo de 180 (cento e oitenta dias); III. Para o período pós-transplante será liberada a ajuda de custo por um período máximo de 180 (cento e oitenta dias);**

**b) Nos casos de transplante será liberada a ajuda de custo de 30 (trinta) em 30 (trinta) dias por um período máximo de 360 (trezentos e sessenta) dias desde que o usuário encaminhe relatório médico, relatório do serviço social comprovando a necessidade do benefício.**

**11.4 - Das Restrições**

**a) Fica vedada a liberação de ajuda de custo para os usuários que não apresentarem a documentação necessária para a prestação de contas;**

**b) Fica vedado o pagamento de diárias a usuários encaminhados pelo TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência, conforme portaria SAS nº 055 de 24/02/99.**

**c) Fica vedado o pagamento de ajuda de custo aos usuários que não estão cadastrados no Programa de TFD SES/SUS/MT;**

**d) Fica vedado o pagamento de ajuda de custo para usuários encaminhados a casas de apoio.**

**12 – DO ÓBITO**

**a) Em caso de óbito do usuário em Tratamento Fora Domicílio, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes, conforme portaria SAS/MS Nº 055 de 24/02/99 art.9.**

**b) Em caso de usuários oriundos do interior a SES/MT responsabilizará pelo traslado do corpo até a Capital/MT, ficando sob responsabilidade do município de origem o restante do trajeto.**

**13 - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**a) Quando comprovado através de relatório e/ou parecer médico da especialidade em questão, a existência do tratamento na origem/ Estado de MT, o processo do usuário será analisado pela câmara técnica composta por três médicos reguladores para indeferimento do TFD.**

**b) Quando o médico regulador solicitar avaliação com especialista na origem, o retorno e/ou consulta do usuário na unidade de tratamento ficará temporariamente suspensa até o usuário trazer o parecer do especialista em questão.**



### Apêndice 3 – Análise dos processos judiciais relacionados ao Tratamento de Saúde Fora de Domicílio

**Nº dos processos:** 54.442-53.2013.811.0041 e 265.2016.811.0063

**Paciente:** R.M.S.J.

**Diagnóstico:** Cardiopatia congênita cianótica

**Valor da conta hospitalar:** R\$ 695.198,18

1. Trata-se de ação judicial que solicita Tratamento Hospitalar e Intervenção Cirúrgica fora de Domicílio – TFD ao paciente R.M.S.J., representado por seus genitores R.C.J. e B.Z.S.J., em face do Estado de Mato.

2. De acordo com o relatório médico, emitido em 27/11/13, o requerente, menor impúbere, com cinco meses de idade, foi diagnosticado com cardiopatia congênita cianótica (transposição dos grandes vasos da base), necessitando de tratamento fora do domicílio a fim de programar o melhor procedimento cirúrgico para o caso (fl. 33).

3. Após o relatório médico, foi protocolizado junto à Gerência de TFD da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, em 29/11/13, o atendimento ao paciente (fl. 39). Como o pleito da ação judicial refere-se ao tratamento de saúde fora do Estado, o atendimento ao paciente foi protocolizado junto à Gerência de TFD da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES/MT, em 29/11/13 (fl. 39).

4. Todavia, o Manual de Normatização do Setor de Tratamento Fora de Domicílio de Mato Grosso preconiza que o TFD não contempla procedimentos de urgência e emergência (item 4.2.5., Anexo I da Resolução CIB nº 05/05).

5. Diante da situação de urgência, em 30/11/13, os genitores, por meio de advogado particular, impetraram a mencionada ação. No mesmo dia foi concedida liminar pela Juíza Plantonista, determinando à SES/MT que providenciasse a imediata remoção e internação do paciente no Hospital Pequeno Príncipe (Curitiba/PR) ou outro hospital de referência, incluindo os custos decorrentes, tais como: tratamento cirúrgico, fornecimento de passagem aérea e ajuda de custo.

6. A ação judicial (processo nº 54.442-53.2013.811.0041) foi distribuída ao Juízo da Terceira Vara Especializada da Fazenda Pública, em 03/12/2013, que ratificou os termos da decisão proferida no Plantão Judicial.



7. O Juízo da Terceira Vara Especializada da Fazenda Pública proferiu decisão em 11/12/2013, determinando o bloqueio na conta do Requerido no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), montante suficiente para remoção e internação do infante R.M.S de J. no Hospital Pequeno Príncipe (fls. 71/74).

8. Para realização do tratamento de saúde, os genitores do paciente obtiveram junto ao Hospital Pequeno Príncipe um orçamento inicial de R\$ 43.292,00 (quarenta e três mil duzentos e noventa e dois reais), bem como pleiteou a transferência da importância de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) para despesas de passagem e hospedagem em Curitiba (fls. 90/91).

9. Assim, como houve o bloqueio na conta do Requerido da ação no valor de R\$ 200.000,00, restou um saldo remanescente na conta no montante de R\$ 141.708,00 (cento e quarenta e um mil setecentos e oito reais).

10. O hospital, contudo, após realização de exames junto ao paciente, apresentou novo orçamento para a realização do procedimento cirúrgico (fl. 125), no valor de R\$ 264.000,00 (duzentos e sessenta e quatro mil reais).

11. Após a prestação dos serviços, a Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, mantenedora do Hospital Pequeno Príncipe, informou nos autos que além das despesas previstas no orçamento, houve gastos complementares, no valor R\$ 387.906,18 (trezentos e oitenta e sete mil, novecentos e seis reais e dezoito centavos), para realização de outros procedimentos médicos no paciente (fls. 144/145).

12. Por questões de competência do objeto da ação, em 04/05/2014, o Juízo da Terceira Vara Especializada da Fazenda Pública de Cuiabá declinou da competência para a Primeira Vara Especializada da Infância e Juventude da Comarca de Cuiabá, sendo protocolizado novo processo - nº 265.2016.811.0063 (fls. 354/355).

13. Nos autos processuais, foi informado que o paciente não resistiu à cirurgia, após quase dois meses de UTI, vindo a óbito em 07/04/2014.

14. Ante o exposto, apresenta-se na Tabela 1 o resumo dos pagamentos efetuados ao hospital para realização de tratamento de saúde ao paciente:



**Tabela 1 – Resumo dos pagamentos efetuados ao Hospital**

Alvará	Folha	Beneficiário	Valor	Data	Nota Fiscal
84028-9/2013	97	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 43.292,00	17/12/2013	Fl. 378 no montante de R\$ 43.308,36
84038-6/2013	96	Genitor	R\$ 15.000,00	17/12/2013	
131689-3/2014	346	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 280.166,27	26/11/2014	Fl. 207 no montante de R\$ 264.125,79
224132-3/2016	374	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 371.739,91	22/03/2016	Fl. 379 no montante de R\$ 374.505,92
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 710.198,18</b>		
<b>Total Hospital Pequeno Príncipe</b>			<b>R\$ 695.198,18</b>		<b>R\$ 681.940,07</b>

Fonte: análise de dados do processo judicial.

Observa-se na tabela que o valor total recebido pelo Hospital (R\$ 695.198,18) está acima do valor apresentado nas notas fiscais (R\$ 681.940,07) e nos detalhamentos das faturas hospitalares (R\$ 652.031,97).

15. Na Tabela 2 são demonstrados os valores das faturas hospitalares.

**Tabela 2 – Resumo dos pagamentos efetuados ao Hospital**

Faturamento	Data	Valor	Folhas
1	21/01/2014 a 22/02/2014	264.125,79	208 a 224
2	21/01/2014 a 08/04/2014	13.400,26	227
3	08/03/2014 a 22/03/2014	72.570,56	228 a 238
4	23/02/2014 a 07/03/2014	101.365,71	239 a 247
5	23/03/2014 a 08/04/2014	200.569,65	248 a 262
<b>TOTAL</b>		<b>652.031,97</b>	

Fonte: análise de dados do processo judicial.

16. Após a análise processual, apresenta-se a seguir as irregularidades identificadas:



- a) divergência entre o valor pago ao Hospital Pequeno Príncipe (R\$ 695.198,18), o valor do somatório das notas emitidas (R\$ R\$ 681.940,07) e o valor constante no faturamento da conta hospitalar do paciente R.M.S.de J (R\$ 652.031,97). No processo, não houve a comprovação da devolução da diferença (R\$ 43.166,21) pago a maior ao Hospital;
- b) ausência de comprovação que o autor da ação buscou preliminarmente o atendimento no SUS, a fim de evitar a judicialização. Nos autos, não consta todos os documentos necessários para realização do processo regulatório de TFD na SES/MT, descumprindo a exigência do item 4, anexo I da Resolução CIB nº 05/05.
- c) ausência de solicitação do juiz acerca da negativa do pedido administrativo realizado pelo autor ação, em desconformidade com a recomendação o art. 1º, § 1º, do Ato de Provimento nº 02/15, da Corregedoria Geral de Justiça de Mato Grosso.
- d) inércia da SES/MT, que foi intimidada duas vezes para o cumprimento da ordem judicial e não adotou providências, gerando o bloqueio judicial de valores, conforme demonstrado na figura 1 (fl. 71)

Aduz que o infante (06 meses), apresenta o diagnóstico de **CARDIOPATIA CONGENITA CIANÓTICA**, necessitando urgentemente da cirurgia para garantir a sua sobrevivência, pois **CORRE RISCO IMINENTE DE MORTE** (com dificuldades de respirar), decorrente da falta de aparelhamento e de médico habilitado nesta Comarca (fls. 07), motivo pelo qual o médico especialista que assiste ao infante indicou o Hospital Pequeno Príncipe na cidade de Curitiba/PR, como pertinente para realizar o procedimento médico vindicado.

Ocorre que os pais do menor não têm condições financeiras de arcar com os custos da remoção e da cirurgia, e estas não foram realizadas até a presente data, motivo pelo qual ajuizou a presente ação.

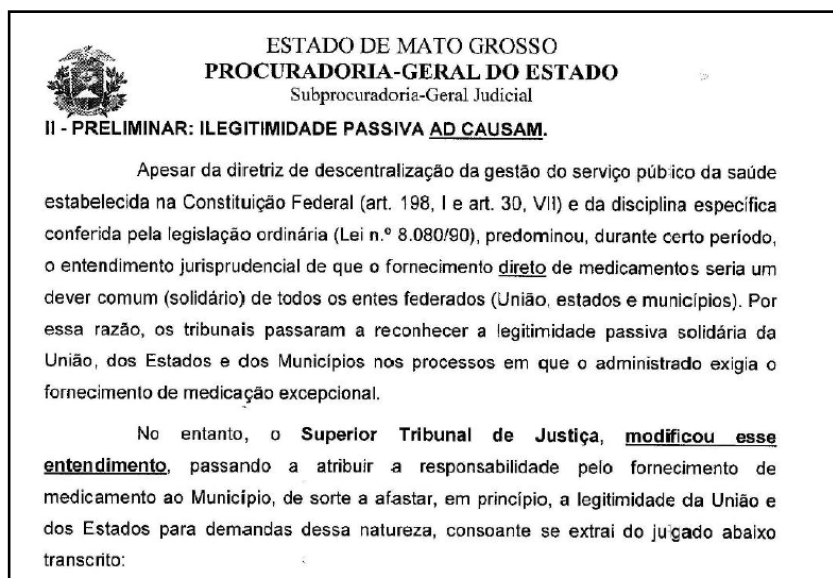
Às fls. 47/49 constata-se que o Requerido, mesmo citado e intimado 02 (duas) vezes, não cumpriu a decisão que antecipou a tutela, consistente na ordem de **REMOÇÃO** e **INTERNAÇÃO** do infante.

Verifica-se, portanto, que diante dos **DESCUMPRIMENTOS ÀS DETERMINAÇÕES JUDICIAIS**, a **MEDIDA MAIS ADEQUADA SERÁ O BLOQUEIO DOS VALORES**, necessários **PARA RESGUARDAR A SAÚDE** e a **VIDA DO INFANTE**.

- e) ausência de supervisão e/ou auditoria médica e de enfermagem nas despesas hospitalares apresentadas pelo Hospital para pagamento via bloqueio judicial, mesmo após a intimação da SES/MT para manifestação (fl. 348).
- f) falhas na interlocução entre a SES/MT e a PGE/MT para realização da defesa nos autos do processo. Na análise, constatou-se que a contestação apresentada pela PGE/MT abrangeu aspectos jurídicos do objeto do processo, de tal modo que não foi contemplado os aspectos técnicos da área de saúde relacionados à regulação assistencial do paciente pela SES/MT e pertinência dos procedimentos médicos e serviços realizados e cobrados pelo hospital;



Para exemplificar, conforme demonstrado na figura 2, na defesa da PGE/MT houve diversas citações sobre fornecimento de medicamentos, sendo que o pleito solicitado pelo autor da ação foi um procedimento cirúrgico.



**Fonte:** análise de dados do processo judicial.

Destaca-se, ainda, que o ofício de manifestação da Assessoria de Demandas Judiciais da SES/MT, por meio da PGE/MT, para cumprimento da ordem judicial foi emitido em 23/05/16 (fl. 416), sendo que o deferimento da liminar foi em 30/11/13 (fl. 48/58).

g) Descumprimento do processo legal de execução da despesa pública, infringindo ao art. 63, §§ 1º e 2º, da Lei nº 4.320/64 e art. 73, inciso I, da Lei nº 8.666/93. Pois, na análise processual foi identificado que houve o pagamento antecipado pela prestação dos serviços médicos ao paciente.

Registra-se que em se tratando de despesa pública, deve-se fazer o devido empenho, liquidação (verificação do direito adquirido pelo credor, após a prestação de contas) e, somente após a execução dessas etapas, realiza-se o pagamento da despesa.



**Nº do processo:** 3780.82.2014.811.0063

**Paciente:** I.M.R.S.

**Diagnóstico:** Cardiopatia congênita cianótica

**Valor da conta hospitalar:** R\$ 484.218,84

1. Trata-se de ação civil pública com pedido de liminar, interposta, pelo Ministério Público Estadual, em 18/12/2014, em face do Estado de Mato Grosso, objetivando obrigá-lo a fornecer tratamento fora de domicílio, em favor da criança I.M.R.S., para a realização de cirurgia cardíaca e qualquer outro necessário ao restabelecimento de sua saúde.

2. Consta da inicial que a criança era portadora de cardiopatia congênita severa e estava internada no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, o quadro era de risco de vida caso se prolongasse à espera da intervenção cirúrgica.

3. A Dra. Daniela M. Rossetto, CRM/MT nº 3292, sugeriu que a paciente fosse transferida para o Hospital Pequeno Príncipe, localizado em Curitiba/PR, para a realização do tratamento, conforme fl. 28.

4. Em sede liminar, em 18/12/2014, foi determinado ao requerido que procedesse imediatamente o encaminhamento da criança ao Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba/PR, por intermédio de UTI aérea, sob pena do bloqueio de verbas públicas (fls. 43 a 47).

5. A empresa Abelha Táxi Aéreo, conforme fls. 74 a 78, por meio do Sr. Eduardo Mazarino Luciano, apresentou orçamento para a realização do transporte aéreo da paciente no montante de R\$ 43.952,00. Já os serviços prestados pelo Hospital Pequeno Príncipe foram cotados no montante de R\$ 87.090,40, conforme fl. 81.

6. A Procuradoria Geral do Estado de Mato Grosso apresenta alegações às fls. 93 a 95 e a contestação, em 16/03/2015, conforme fls. 121 a 137, enquanto a mobilização da SES/MT no sentido de solucionar a questão está às fls. 96 a 103.

7. A paciente I.M.R.S foi internada no Hospital Pequeno Príncipe no 28/01/2015, sendo submetida a procedimentos cirúrgicos cardíacos, todavia, foi a óbito em 07/04/2015.

8. O Hospital Pequeno Príncipe e a empresa Abelha Táxi Aéreo, prestadores do serviço, receberam R\$ 528.170,84, por meio de três alvarás de pagamento, conforme Tabela 1 apresentada.



TABELA 1 – RESUMO DOS PAGAMENTOS EFETUADOS NO PROCESSO 3780.82.2014.811.0063

Alvará	Beneficiário	Valor (R\$)	Data	Folha	Nota Fiscal (R\$)	Folha
139276-P/2015	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 87.090,40	15/01/2015	89	R\$ 188.892,22	165
139291-3/2015	Abelha Táxi Aéreo	R\$ 43.952,00	15/01/2015	90	R\$ 77.763,36	178
169596-7/2015	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 397.128,44	30/06/2015	218	R\$ 107.485,09	189
<b>Total Hospital Pequeno Príncipe</b>		<b>R\$ 484.218,84</b>			<b>R\$ 86.749,92</b>	<b>199</b>
<b>Total Abelha Táxi Aéreo<sup>1</sup></b>		<b>R\$ 43.952,00</b>			<b>R\$ 23.328,25</b>	<b>208</b>
<b>Total Beneficiários</b>		<b>R\$ 528.170,84</b>		<b>Total Notas Fiscais</b>	<b>R\$ 484.218,84</b>	

<sup>1</sup> A empresa Abelha Táxi Aéreo não emitiu nota fiscal

**Fonte:** análise de dados do processo judicial.

9. Ressalta-se que a empresa Abelha Táxi Aéreo devolveu, em 23/07/2015, os recursos que havia recebido para o deslocamento da paciente I.M.R.S., montante de R\$ 43.952,00 (fls. 225 a 231).

10. Os seguintes procedimentos cirúrgicos cardíacos foram realizados na paciente durante o seu período de internamento:

- cirurgia Blalock Taussig/anastomose sistêmico-pulmonar (procedimento de correção de cardiopatia congênita+cirurgia valvar) em 29/01/15;
- cateterismo de câmaras esquerda, cinecoronariografia com estudo em 03/02/;
- procedimento de atresia pulmonar com correção interventricular + ligadura de BT + ligadura de persistência do canal arterial PCA em 10/02/2015;
- toracostomia exploradora em 27/02/15;
- dissecação de veia com colocação de cateter venoso em 12/03/15; e,
- cirurgia de hérnia diafragmática em 25/03/15.

11. O detalhamento do faturamento da conta hospitalar do Hospital Pequeno Príncipe, referente ao atendimento da paciente I.M.R.S., conforme Tabela 2 apresentada,



demonstra uma despesa de R\$ 484.218,84 (quatrocentos e oitenta e quatro mil, duzentos e dezoito reais e oitenta e quatro centavos).

TABELA 2 – FATURAMENTO DA CONTA HOSPITALAR			
Faturamento	Data	Valor	Folha
1	28/01/2015 a 12/02/2015	R\$ 188.892,22	146 a 164
2	13/02/2015 a 27/02/2015	R\$ 77.763,36	168 a 177
3	28/02/2015 a 14/03/2015	R\$ 107.485,09	180 a 188
4	15/03/2015 a 29/03/2015	R\$ 86.749,92	191 a 198
5	30/03/2015 a 07/04/2015	R\$ 23.328,25	201 a 207
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 484.218,84</b>	

Fonte: análise de dados do processo judicial.

12. A Tabela 3 apresenta o valor total do tratamento da paciente I.M.R.S por grupo de despesa.

TABELA 3 - CONTA DETALHADA	
Serviço	Valor Total Pago
Honorários Profissionais	R\$ 154.060,97
Materiais	<b>R\$ 107.974,42</b>
Exames e Diagnósticos	<b>R\$ 67.356,75</b>
Gases Medicinais	R\$ 50.378,24
Diárias	R\$ 49.267,00
Medicamentos	<b>R\$ 29.542,47</b>
OPME	R\$ 18.500,92
Taxas	R\$ 7.138,08
<b>Total</b>	<b>R\$ 484.218,84</b>

Fonte: análise de dados do processo judicial.

13. Após a análise processual, apresenta-se a seguir as irregularidades identificadas:

- a) nos autos, não consta todos os documentos necessários para realização do processo regulatório de TFD na SES/MT, conforme determina o item 4, anexo I da Resolução CIB nº 05/05.
- b) ausência de solicitação do juiz acerca da negativa do pedido administrativo realizado pelo autor ação, em desconformidade com a recomendação do art. 1º, § 1º, do Ato de Provimento nº 02/15, da Corregedoria Geral de Justiça de Mato Grosso.
- c) ausência de supervisão e/ou auditoria médica nas despesas hospitalares apresentadas pelo Hospital para pagamento via bloqueio judicial.



d) descumprimento do processo legal de execução da despesa pública, infringindo o que determina o art. 63, §§ 1º e 2º, da Lei nº 4.320/64 e art. 73, inciso I, da Lei nº 8.666/93. Pois, na análise processual foi identificado que houve o pagamento antecipado pela prestação dos serviços médicos ao paciente (1º pagamento no dia 15/01/2015 e a internação da paciente ocorreu no dia 28/01/2015). Registra-se que em se tratando de despesa pública, deve-se fazer o devido empenho, liquidação (verificação do direito adquirido pelo credor, após a prestação de contas) e, somente após a execução dessas etapas, realiza-se o pagamento da despesa.

e) o processo nº 3780.82.2014.811.0063 foi arquivado sem ser submetido ao reexame necessário equivocadamente. Vale recordar que o reexame necessário não tem voluntariedade, sua existência decorre da lei, sendo irrelevante a vontade da Fazenda Pública. O juiz é obrigado a remeter o processo à segunda instância ou haverá avocação pelo presidente do Tribunal (art. 496, § 1º do CPC/2015). As hipóteses de não cabimento do reexame necessário estão transcritas nos parágrafos 3º e 4º do art. 496 do novo CPC, veja-se:

3º - Não se aplica o disposto neste artigo quando a condenação ou o proveito econômico obtido na causa for de valor certo e líquido inferior a:

- I – 1.000 (mil) salários-mínimos para a União e as respectivas autarquias e fundações de direito público;

- II – 500 (quinhentos) salários-mínimos para os Estados, o Distrito Federal, as respectivas autarquias e fundações de direito público e os Municípios que constituam capitais dos Estados;

- III – 100 (cem) salários-mínimos para todos os demais Municípios e respectivas autarquias e fundações de direito público.

4º - Também não se aplica o disposto neste artigo quando a sentença estiver fundada em:

- I – Súmula de tribunal superior;

- II – Acórdão proferido pelo Supremo Tribunal Federal ou pelo Superior Tribunal de Justiça em julgamento de recursos repetitivos;

- III – Entendimento firmado em incidente de resolução de demandas repetitivas ou de assunção de competência;

- IV – Entendimento coincidente com orientação vinculante firmada no âmbito administrativo do próprio ente público, consolidada em manifestação, parecer ou súmula administrativa.

No caso concreto, como a despesa hospitalar foi de R\$ 484.218,84, o processo deveria ter sido submetido ao duplo grau de jurisdição, uma vez que extrapola o montante de 500 salários mínimos (salário mínimo 2016 = R\$ 880 x 500 = R\$ 440.000,00 ou salário mínimo 2017 = R\$ 937 x 500 = R\$ 468.500,00).



**Nº do processo:** 1079-17.2015.811.0063

**Paciente:** Y.F.R.

**Diagnóstico:** Cardiopatia congênita cianótica

**Valor da conta hospitalar:** R\$ 104.615,72

1. Trata-se de ação civil pública com pedido de liminar, ajuizada pelo Ministério Público, em face do Estado de Mato Grosso, objetivando compeli-lo a proceder à transferência para tratamento fora de domicílio - TFD da criança Y.F.R., a fim de ser submetida à cirurgia cardíaca (comunicação interventricular), e ainda qualquer outro procedimento médico, ambulatorial e hospitalar necessário ao restabelecimento de sua saúde.

2. Consta da petição inicial que a criança é portadora de cardiopatia congênita, encontrava-se internada no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, com risco de vida caso se prolongasse à espera da intervenção cirúrgica. No pedido alegou-se necessidade urgente de Tratamento Fora de Domicílio, sugerindo-se o Hospital Pequeno Príncipe, localizado em (Curitiba/PR).

3. A médica cardiologista pediatra Dra. Daniela M. Rossetto, CRM-MT nº 3292, celular nº 99721326, em 16/04/2015, emitiu Autorização de Internação Hospitalar - AIH, fl. 25, e afirmou em laudo médico, fl. 27, que a cirurgia que a paciente necessitava não era realizada pelo Sistema Único de Saúde em Mato Grosso.

4. Conforme exposto nos pedidos iniciais, o MPE solicitou a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - tabela CBHPM, instrumento dotado de padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. Esta classificação é confeccionada pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução CMF 1.673/03 e é entendido pela agência reguladora ANS como a condição básica para que seus procedimentos possam ser incorporados ao Rol de Procedimentos, sendo atualizado periodicamente por esta agência.

5. No Ofício nº 1490/2015/ASSEJUD/GBSES/SES-MT/CJ encaminhado a juíza da 1º Vara da Infância e Juventude, Dra. Gleide Bispo Santos, a Dra. Florence Magalhães Lima Verde Arruda, da Assessoria de Demandas Judiciais, por meio do documento protocolado na Vara no dia 29/04/2015, conforme fls. 57 a 60, afirmou:



“... informações oriundas da Coordenadoria de Regulação, em contato com a Central de Regulação do Município de Cuiabá, para averiguação quanto a regulação da paciente, aquela informou de Boletim de Regulação solicitando a transferência da criança para a clínica pediátrica do HJUM, o qual ocorreu na data de 22/04/2015, informação confirmada pela enfermeira Lidiane daquele nosocômio”.

“Esclarece a Coordenadoria que o processo de TFD da paciente YANNI deu entrada na Gerência de Tratamento Fora do Domicílio na data de 17/04/2015...”

“Ocorre que de acordo com as normas e rotinas do TFD e de cada instituição deve-se primeiramente confirmar a existência de vaga e/ou agendamento de qualquer procedimento a ser realizado fora do Estado após, contudo, ter sido esgotadas todas as tentativas dentro do próprio Estado de origem ou em caso de inexistência do serviço conforme Resolução CIB nº 041/2004 - Anexo I - Manual do TFD-MT”.

“Além disso, no Estado de Mato Grosso a Clínica Femina é o Serviço Habilitado e Credenciado pelo Ministério da Saúde para realização de Serviços de Cardiologia Pediátrica, atualmente sem contratualização com o Município de Cuiabá, atual gestora dos contratos”.

“Segundo a Coordenadoria, em contato com o Hospital Pequeno Príncipe através do número (41) 3224-7430, a Sra. Ângela do Setor de Agendamento de Consultas, esta informou que o contato com aquela unidade hospitalar foi feito pelo genitor da paciente solicitando orçamento em caráter particular, ou seja, não foi sequer respeitado os trâmites necessários do TFD. Além disso, nos casos de procedimentos de Alta Complexidade a Regulação é realizada junto a Central Nacional de Alta Complexidade, conforme Portaria nº 258/SAS/MS de 30 de julho de 2009”.

“Quanto ao meio de transporte a médica Daniela Rosetto, no laudo de solicitação de TFD, o item transporte recomendável foi avião e não UTI área como descrito na liminar, este meio determinado por via da liminar judicial custaria ao erário estadual um valor aproximado de R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais), enquanto que o recomendado pela médica assistente custaria em torno de R\$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais)”.

6. O relatório médico emitido pela Dra. Sandra Breder Assis, CRM/MT nº 1312, do Hospital Universitário Júlio Muller, fl. 63, confirmou que a paciente Y.F.R. esteve internada naquele hospital entre os dias 20/04/2015 e 29/04/2015.

7. Às fls. 72 a 74, o Hospital Pequeno Príncipe, por meio da Sra. Cátia Sanson Batista, coordenadora de faturamento, emitiu orçamento inicial, datado de 30/04/2015, no montante de R\$ 308.190,00.

8. O período de internação da paciente Y.F.R no Hospital Pequeno Príncipe foi de 19/05/2015 a 03/06/2015, conforme fatura apresentada às fls. 112 a 126.

9. O Hospital Pequeno Príncipe recebeu R\$ 308.190,00, por meio de um alvará de pagamento, em razão do atendimento da paciente Y.F.R, e emitiu uma nota fiscal no montante de R\$ 104.615,72, conforme Tabela 1 apresentada.

TABELA 1 - PAGAMENTOS EFETUADOS NO PROCESSO Nº 1079-17.2015.811.0063						
Alvará	Folha	Beneficiário	Valor	Data	Nota fiscal	Folha
158180-5/2015	83	Hospital Pequeno Príncipe	R\$ 308.190,00	05/05/2015	R\$ 104.615,72	128

Fonte: análise de dados do processo judicial.



A diferença de R\$ 203.574,28 existente entre o valor antecipado R\$ 308.190,00 e o realmente dispendido, no atendimento da paciente Y.F.R, R\$ 104.615,72, foi devolvido em 13/05/2016, ou seja, um ano após o bloqueio sem nenhum tipo de atualização monetária.

10. A devolução dos recursos efetuados pelo Hospital Pequeno Príncipe ao Tesouro do Estado de Mato Grosso, no montante de R\$ 203.574,28 consta às fls. 143, 144, 146 e 147 dos autos.

11. Destaca-se que, conforme a Central de Regulação Estadual, o Hospital Femina é o Serviço Habilitado e Credenciado pelo Ministério da Saúde para realização de Serviços de Cardiologia Pediátrica no Estado de Mato Grosso, sem contratualização à época. Entretanto a opção deveria ter sido tentada antes da paciente ser encaminhada à Curitiba, em obediência ao princípio da razoabilidade e da economicidade.

12. Após a análise processual, apresenta-se a seguir as irregularidades identificadas:

a) nos autos, não consta todos os documentos necessários para realização do processo regulatório de TFD na SES/MT, em desconformidade com o que determina o item 4, anexo I da Resolução CIB nº 05/05;

b) descumprimento do processo legal de execução da despesa pública, em infringência ao que determina o art. 63, §§ 1º e 2º, da Lei nº 4.320/64 e art. 73, inciso I, da Lei nº 8.666/93. Pois, na análise processual foi identificado que houve o pagamento antecipado pela prestação dos serviços médicos ao paciente (1º pagamento em 15/01/2015 e a internação da paciente ocorreu em 28/01/2015). Registra-se que em se tratando de despesa pública, deve-se fazer o devido empenho, liquidação (verificação do direito adquirido pelo credor, após a prestação de contas) e, somente após a execução dessas etapas, realiza-se o pagamento da despesa;

c) ausência de supervisão e/ou auditoria médica nas despesas hospitalares apresentadas pelo Hospital para pagamento via bloqueio judicial;

d) devolução do montante antecipado de R\$ 203.574,28, valor existente entre o antecipado R\$ 308.190,00 e o realmente dispendido R\$ 104.615,72, no atendimento da paciente Y.F.R, sem nenhum tipo de atualização monetária.



#### Apêndice 4 - Responsabilização

1. A regra constitucional para as aquisições públicas é executar o processo de licitação pública, o mandamento está transcrito no art. 37:

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

2. Recorda-se que a Lei nº 8.666/93, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, afirma em seu art. 1º que “esta Lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

3. Dessa forma a aquisição de serviços e procedimentos médicos pela administração pública, por meio da tutela judicial, obedecem aos mandamentos previstos no diploma normativo mencionado.

4. Na toada do art. 2º da Lei nº 8.666/93, as seguintes regras são estabelecidas aos contratos:

Art. 2º - As obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações, concessões, permissões e locações da Administração Pública, quando contratadas com terceiros, serão necessariamente precedidas de licitação, ressalvadas as hipóteses previstas nesta Lei.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, **considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada (grifado).**

5. Sendo assim, como há um acordo de vontades para formação de vínculo entre o Poder Judiciário, realizada pelo juiz, com a execução do bloqueio judicial e o pagamento do prestador, e o prestador de serviço, por meio do fornecimento do orçamento, da prestação do serviço e recebimento do avençado, considera-se, para a análise da judicialização da saúde, a existência de um contrato administrativo.

6. As contratações dos serviços e procedimentos médicos, advindas de processos judiciais são realizadas por meio de dispensa de licitação, com base no inciso V, art. 24 da Lei nº 8.666/93, que assim estabelece:



Art. 24. É dispensável a licitação:

(...)

V - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, vedada a prorrogação dos respectivos contratos.

7. Em relação à responsabilidade, essa para ser aplicada precisa estar prevista em lei, e, no caso concreto (contratação de serviços e procedimentos médico pela via judicial), esta previsão encontra respaldo no § 2º, art. 25, da Lei 8.666/93, que assim estabelece:

Art. 25. É inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição, em especial:

(...)

§ 2º - Na hipótese deste artigo e em qualquer dos casos de dispensa, se comprovado superfaturamento, respondem solidariamente pelo dano causado à Fazenda Pública o fornecedor ou o prestador de serviços e o agente público responsável, sem prejuízo de outras sanções legais cabíveis.

8. Em tese, uma empresa privada não integra a relação processual no âmbito dos Tribunais de Contas, uma vez que não seria jurisdicionada e a relação envolveria apenas a Corte de Contas e o ordenador de despesas (gestor público).

9. No entanto, a decisão proferida pelos Tribunais de Contas poderá vir a alcançar as empresas prestadoras de serviços e procedimentos médicos, sendo esta responsabilizada, com base no inciso II, art. 71, da Constituição Federal e no inciso II, art. 1º, da Lei Complementar nº 269/2007, que assim determina:

Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:

(...)

II - julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público;

Art. 1º Ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, órgão de controle externo, nos termos da Constituição do Estado e na forma estabelecida nesta lei, em especial, compete:

(...)

II. julgar as contas dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público, bem como as contas dos demais administradores e responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos das unidades dos Poderes do Estado, dos Municípios e demais



entidades da Administração indireta, incluídas as fundações, fundos e sociedades instituídas e mantidas pelo poder público, as agências reguladoras e executivas e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte danos ao erário.

10. Assim, caso seja constatado o superfaturamento em obras, serviços e aquisição de produtos decorrentes de dispensa e inexigibilidade, com base no art. 25, § 2º, da Lei 8.666/93, no inciso II, art. 71, da Constituição Federal e no inciso II, art. 1º, da Lei Complementar nº 269/2007, o Tribunal de Contas deverá incluir como responsável a empresa prestadora.

11. Frisa-se que Deliberação do TCU, expressa no Acórdão 946/2013-Plenário, imputou débito exclusivamente a uma empresa privada. Em seu Voto, o Relator assinalou que “o agente particular que tenha dado causa a um dano ao erário está sujeito à jurisdição desta Corte de Contas, independentemente de ter atuado em conjunto com agente da Administração Pública, conforme o a art. 71, inciso II, da Constituição Federal”.

12. É importante salientar que o dever de ressarcimento pelos danos causados já seria firmado por regra da responsabilidade civil, com fundamento nos artigos 186 e 927 do Código Civil, que, em síntese dispõe que todo aquele que com sua conduta, dolosa ou culposa, violar direito alheio e causar dano a outrem comete ato ilícito e fica obrigado a reparar o dano causado.

13. Na esteira do direito civil, a noção de justiça contratual modificou o seu entendimento, agora ao lado da liberdade contratual e da autonomia das vontades, exigisse que deva ser, o direito civil, também materialmente justo (§1º e 2º, do art. 157, do código civil).

14. Para finalizar a discussão sobre responsabilidade, a equipe traz à baila o art. 70 da Lei nº 8.666/1993, que assim estabelece:

Art. 70. O contratado é responsável pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização ou o acompanhamento pelo órgão interessado.

15. Dessa forma, não pode o particular contratado pela Administração eximir-se da responsabilidade por eventuais superfaturamentos verificados em



contratos administrativos, mesmo nos casos em que há o dever da Administração de verificar a compatibilidade dos preços ofertados com os praticados no mercado.

16. Isso decorre tanto dos princípios da lealdade e da boa-fé, aplicados aos contratos em geral, como do princípio da moralidade administrativa, que impõe não apenas aos administradores públicos o dever de agir de forma ética e proba, mas também a todos que de alguma forma se relacionam com a Administração Pública, no intuito afastar condutas que objetivam apenas a satisfação de interesses pessoais, em detrimento do interesse da coletividade.

## 2. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm)>. Acesso em abril. 2017.

MATO GROSSO. **Lei Complementar Estadual nº 269, de 22 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.tce.mt.gov.br/arquivos/downloads/00051757/LEI%20ORG%C3%82NICA%20-%20ATUALIZADA%20AT%C3%89%20JANEIRO%20DE%202015.pdf>>. Acesso em abril. 2017.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 946/2013**. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Sessão de 17/04/2013. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0946-13/13-P.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm)>.



Tribunal de Contas  
Mato Grosso  
TRIBUNAL DO CIDADÃO

SECRETARIA DE CONTROLE EXTERNO DE  
AUDITORIAS OPERACIONAIS TCE-MT

Telefones: (65) 3613-7590 / 7187



## Apêndice 5 – Informações pessoais dos jurisdicionados

### 1. Dados dos pacientes

### 2. Dados da instituição

#### Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro (mantenedora do Hospital Pequeno Príncipe)

CNPJ nº 76.591.569/0001-30

Rua Desembargador Motta, 1070, Bairro Água Verde, CEP 80.250-060

Representante Legal: Ety Cristina Forte Carneiro

Fones para contato: 41-3310-1363 (com Denise) ou 41-3310-1129 (com Terezinha)

E-mails para contato: denise.muclini@hpp.org.br; [terezinha.siqueira@hpp.org.br](mailto:terezinha.siqueira@hpp.org.br).

### 3. Dados dos médicos

Fabio Said Sallum  
Endereço: Emilio Cornelsen – 198 apto 71 – Ahú  
80540 220 Curitiba – PR  
RG.: 627033-6  
Celular – 041 999724443  
Telefone: 041 32247430  
E-mail: fabiosallum25@gmail.com

Wanderley Saviolo Ferreira  
RG.: 242.292  
Endereço: Cecilia Marques da Luz – 367 – Atuba  
82.630-100 Curitiba – PR  
Celular: 041 996933784  
Telefone: 041 32571808  
E-mail: wsaviolo@hotmail.com

Fabio Rodrigues Silva  
RG.: 5.201.275-9  
Endereço: Avenida Manoel Ribas – 8501 – casa 172- Santa Felicidade  
82.400-000 Curitiba -PR  
Celular: 041 984140239  
Telefone: 041 31540239  
E-mail: frsilva2000@gmail.com

Tatiane Coguetto da Rocha  
RG.: 36355050  
Endereço: Desembargador Motta, 2290- Centro  
80420190- Curitiba -PR  
Celular: 041 999902323  
Telefone: 041 33227538  
E-mail: taticr@ig.com.br



Leo Agostinho Solarewicz  
RG.: 01266467  
Endereço: Emilio Cornelsen , 301- apto 901- Ahú  
80540220 – Curitiba -PR  
Celular: 041 999910916  
Telefone: 041 33524027  
E-mail : solar123@uol.com.br

Marilise Kinue Kawamura Sandrini  
RG.: 51017633  
Endereço: Das Gaivotas, 29 – Alphaville Graciosa  
83327155 – Pinhais – PR  
Celular: 041 999622313  
Telefone: 041 35511377  
E-mail: [miseksan@gmail.com](mailto:miseksan@gmail.com)

Camila Cotrim Teixeira Kuster  
RG.: 75563779  
Endereço: Avenida Iguazu, 3001- apto 104 – Água Verde  
80240031 Curitiba – PR  
Celular: 041 984444178  
Telefone: 041 32436097  
E-mail:

Carlos Alexandre Spera  
RG.: 43954660  
Endereço: Deputado Heitor Alencar Furtado, 243- apto 701 B- Mossungue  
81200110 – Curitiba – PR  
Celular: 041 999967001  
Telefone: 041 33087695  
E-mail: [alexspere@gmail.com](mailto:alexspere@gmail.com)

Sérgio Bernardo Tenório  
RG.: 730798  
Endereço: Doutor Aluizio Franca, 141- Bigorriho  
80710410 Curitiba – PR  
Celular: 041 99912 6958  
Telefone:  
E-mail: [sbtenorio@gmail.com](mailto:sbtenorio@gmail.com)

Sylvio Gilberto Andrade Avilla  
RG.: 766875  
Endereço: Pasteur, 413- apto 602 – Batel  
80250080 – Curitiba – PR  
Celular: 041 999729175  
Telefone: 041 35013800  
E-mail: [avilla.sylvio@gmail.com](mailto:avilla.sylvio@gmail.com)



Fernando Antonio Bersani Amado  
RG.: 71268233  
Endereço: João Geara, 127- apto 802 B- Portão  
80610330 – Curitiba – PR  
Celular: 041 999400987  
Telefone: 041 32069300  
E-mail: fbersani.amado@gmail.com

Mariah Zanetti de Holleben Mello  
RG.: 89741904  
Endereço: Presidente Afonso Camargo, 955 – apto 502 – Cristo Rei  
80050370 – Curitiba – PR  
Celular: 041 991680108  
Telefone:  
E-mail:

Izaura Merola Faria  
RG.: 01466075  
Endereço: Coronel Joaquim Inacio Taborda Ribas, 893- apto 1102- Bigorrihlo  
80730330 Curitiba – PR  
Celular: 041 999793379  
Telefone: 041 33354522  
E-mail: izaura.faria@hpp.org.br

Marcelo Forquevitz Ferreira  
RG.: 3507915  
Endereço: João Geara, 127- apto 901 B – Portão  
Celular: 041 999010178  
Telefone: 041 33436678  
E-mail: [aguaticom@hotmail.com](mailto:aguaticom@hotmail.com)

Gizelda Speggorin de Oliveira  
RG.: 9009846974  
Endereço: Cândido Xavier, 210, apto 13 – Água Verde  
80240280 Curitiba-PR  
Celular: 041 999758698  
Telefone:  
E-mail: gizeldaoliveira@hotmail.com

Nome: Djalma Luiz Faraco  
CPF: 059.201.679-04  
Endereço: Rua Armando Odebrecht, 70, sala 310  
Bairro: Garcia  
CEP: 89020-403 - Blumenau - SC  
Telefone: (47) 3222-1060 / 99101-5559  
email: [cardiaca@cardiovasculares.com.br](mailto:cardiaca@cardiovasculares.com.br)

Angel Oliveira Serra Zanetti  
RG.: 20172029  
Endereço: Francisco Negrão, 70, casa 09- Água Verde  
80620390 Curitiba-PR



Celular: 041 98503-0709  
Telefone: 041 3343-4405  
E-mail: [angel.zanetti@gmail.com](mailto:angel.zanetti@gmail.com)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
RG.: 820910  
Endereço: Buenos Aires, 682, apto 901 -Batel  
80250070 Curitiba – PR  
Celular: 041 996119433  
Telefone: 041 30149420  
E-mail: [donizetti.dimer@hpp.org.br](mailto:donizetti.dimer@hpp.org.br)

Octávio de Souza e Silva Netto  
RG.: 9308245  
Endereço: Lamenha Lins, 277- Centro  
80250020 Curitiba -PR  
Celular: 041 996153214  
Telefone:  
E-mail: [octavio.netto@terra.com.br](mailto:octavio.netto@terra.com.br)

Flávia Solange Porto Lovato  
RG.: 1952200  
Endereço: Tulio Sá Pereira de Souza, 30- Bacacheri  
82510430 Curitiba – PR  
Celular: 041 988447084  
Telefone: 041 32569936  
E-mail: [fsplovato@yahoo.com.br](mailto:fsplovato@yahoo.com.br)

Ana Paula Baldão  
RG.: 64289977  
Endereço: Ivo Zagonel, 515, sobrado 03 – Atuba  
80630308 Curitiba – PR  
Celular: 041 996387865  
Telefone:  
E-mail: [anabaldao@yahoo.com.br](mailto:anabaldao@yahoo.com.br)



## Apêndice 6 – Técnicas de diagnóstico do objeto de auditoria

### Análise SWOT - Auditoria da Judicialização da Saúde em Mato Grosso

**Eixos:** Regulação Assistencial – RA / TI – Tecnologia da Informação / Registro Contábil – RC / Medicamentos – M / *Procedimentos Médicos* – PM / Controle Interno – CI

	Ambiente Interno	Ambiente Externo
	<b>Forças</b>	<b>Oportunidades</b>
+	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Instituição da Assessoria de Demandas Judiciais – ADJ para dar resolução aos expedientes judiciais de saúde (CI)</li><li>2. Atualização dos protocolos/procedimentos e da relação de medicamentos fornecidos pelo Estado (RA/PM/M)</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cooperações técnicas entre os órgãos governamentais para o enfrentamento da judicialização da saúde (CI)</li><li>2. Normatizações do CNJ acerca da atuação do TJ/MT no enfrentamento da judicialização</li><li>3. Atuação dos órgãos de controle – CGE, TCU, TCE/MT e CGE/MT – no tema judicialização da saúde</li></ol>
	<b>Fraquezas</b>	<b>Ameaças</b>
-	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ausência de sistema informatizado para realizar a gestão das demandas judiciais imputadas à SES/MT e demais ações da Política Estadual de Saúde de Mato Grosso (TI)</li><li>2. Ausência de realização do processo de execução da despesa das demandas judiciais de saúde (RC)</li><li>3. Inconsistências na regularização contábil, entre a SES/MT e outras UOs, decorrentes de bloqueios judiciais (RC)</li><li>4. Ineficiência dos controles internos, da SES/MT e da CGE/MT, para o enfrentamento da judicialização da saúde em Mato Grosso (CI)</li><li>5. Baixa resolução das redes de atenção de saúde (RA/PM/M)</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Surgimento de novos medicamentos e tratamentos médicos, não listados no SUS, mais eficazes na melhoria da saúde da população (M e PM)</li><li>2. Escassez de recursos da SES/MT para realização de pagamentos junto aos prestadores de serviços de saúde, devido aos cortes orçamentários nas peças de planejamento. (CI)</li><li>3. Não cumprimento pelo TJ/MT do Provimento nº 02/2015-CGJ/MT (CI)</li><li>4. Deferimento de bloqueios judiciais sem a negativa de atendimento da SES/MT (CI)</li><li>5. Realização de bloqueios judiciais por parte do magistrado em conta divergente da definida para tal fim, seja por desconhecimento ou ausência de recursos da conta específica (RC)</li></ol>



<ol style="list-style-type: none"><li>6. Deficiência do Plano Diretor de Regionalização-PDR e Programação Pactuada e Integrada-PPI (RA/PM/M)</li><li>7. Ausência de protocolos efetivos para organização do fluxo da regulação assistencial (RA)</li><li>8. Não acesso ao processo judicial, pela ré (SES/MT), para realização de prestação de contas e regularização contábil do cumprimento das decisões judiciais relacionadas à saúde (CI e RC)</li><li>9. Avaliação frágil dos processos judiciais, tanto em razão das barreiras informacionais, como em virtude da limitação da instituição quanto a métodos e indicadores (CI)</li><li>10. Ausência de padronização de preços para realização de pagamentos dos procedimentos e serviços de saúde judicializados (CI/RA/PM/M)</li><li>11. Ausência de termo de referência para contratualização de serviços de saúde, compatível com perfil epidemiológico e necessidades da população (RA/PM/M)</li><li>12. Controle ineficiente do cumprimento dos contratos para realização de serviços de saúde</li><li>13. Ausência de controle dos bloqueios judiciais na conta do Fundo Estadual de Saúde – FES e em outras unidades orçamentárias</li><li>14. Baixa capacidade de respostas aos prazos interpostos pelo Poder Judiciário</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>6. Realização de bloqueios judiciais múltiplos ao Estado e municípios para o cumprimento da mesma demanda judicial – responsabilização solidária dos entes (RC)</li><li>7. Não cumprimento dos contratos por parte dos prestadores de serviços de saúde (CI)</li><li>8. Fragilidade na interlocução entre os atores envolvidos na judicialização (SES, SMS Cuiabá DPE, MPE, PGE e TJ), a fim de realizar ações estratégicas para diminuir o número de ações judiciais de saúde (CI)</li><li>9. Baixo número de prestadores de saúde dispostos a contratualizar e fornecer à SES/MT serviços, materiais e medicamentos</li></ol>
---	---



Diagrama de verificação de risco - DVR

<b>I M P A C T O P O T E N C I A L</b>	<b>Baixa Probabilidade / Alto Impacto</b>	<b>Alta Probabilidade / Alto Impacto</b>
	<p>Não avaliação da prestação de contas das despesas judiciais de saúde imputadas à SES/MT (F2/F4/F8/F9 – A3)</p> <p>Pagamentos em duplicidade, pelo estado e município, para o mesmo prestador de serviço de saúde (F1/F8/F9 – A3/A8)</p> <p>Pagamentos por serviços não realizados pelos prestadores de saúde (F1/F2/F4/F8/F9 – A3/A7/A8)</p>	<p>Ausência de apuração dos valores totais despendidos com a judicialização da Saúde (F1/F2/F3/F4/F8/F9 – A3/A5/A8)</p> <p>Não fidedignidade dos dados contábeis referentes à judicialização da saúde (F1/F2/F3/F4/F8/F9 – A3/A5/A8)</p> <p>Insuficiência e má distribuição na oferta de exames, procedimentos médicos e medicamentos da rede SUS e aumento das demandas judiciais de saúde (F1/F4/F5/F6/F7/F12 – A1/A7/A8/A9)</p> <p>Sobrepço e superfaturamento na aquisição de materiais, medicamentos e realização de exames e procedimentos médicos para atender as demandas judiciais de saúde (F1/F2/F4/F8/F9/F11 – A2/A3/A4/A8)</p> <p>Aumento dos gastos com a judicialização da saúde (F4/F5/F6/F7/F9/F10/F11/F12/F13/F14 – A1/A2/A3/A4/A6/A8/A9)</p>
	<b>Baixa Probabilidade / Baixo Impacto</b>	<b>Alta Probabilidade / Baixo Impacto</b>
	<p>Uso dos valores do bloqueio judicial em finalidade de diversa da que foi requerida na ação judicial (F2/F4/F8/F9 – A3/A4/A6/A7/A8)</p>	
<b>PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA</b>		



### Análise stakeholder – judicialização da saúde em mato grosso

Stakeholders	Grupo Primário ou Secundário	Papel do Stakeholder nas ações e serviços de saúde	Interesse do Stakeholder no trabalho	Grau de Interesse ++; +; 0; -; --	Impacto em caso de falha na atuação do Stakeholder	Prioridade Interesse para a Auditoria
Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso	P	Coordenar, financiar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde à população mato-grossense.	Aperfeiçoar a Política Estadual de Saúde de Mato Grosso para o enfrentamento da judicialização da saúde.	+++	Deficiência na Política Estadual de Saúde de Mato Grosso, trazendo impactos negativos na qualidade de vida da população.	Alta
Assessoria de Demandas Judiciais da SES/MT	P	Coordenar, supervisionar e dar suporte de informações, até o efetivo cumprimento pelas pastas finalísticas, aos expedientes judiciais demandados à SES/MT.	Obter maior efetividade no cumprimento das demandas judiciais imputadas à SES/MT, bem como diminuir o número de ações judiciais de saúde em Mato Grosso.	+++	Aumento da judicialização da saúde em Mato Grosso, de modo a trazer prejuízos à saúde coletiva da população.	Alta
Superintendência de Regulação da SES/MT	P	Organizar o acesso aos serviços de atenção à saúde pela população, com base nos princípios de equidade e integralidade.	Obter maior efetividade no processo de regulação em Mato Grosso, a fim de cumprir os princípios da equidade e integralidade nos serviços de saúde prestados à população.	+++	Deficiência no processo de regulação em Mato Grosso, dificultando o acesso às ações e serviços de saúde pela população.	Alta
Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso – CES/MT	S	Deliberar e fiscalizar a execução das políticas de saúde em Mato Grosso.	Avaliar e deliberar sobre os problemas da judicialização da saúde em Mato Grosso, com o intuito colaborar com a mitigação das demandas judiciais de saúde imputadas à SES/MT.	++	Falta de efetividade do controle social no enfrentamento da judicialização de saúde.	Média
Ouvedoria Setorial de Saúde da SES/MT	S	Garantir a participação da sociedade nas ações de saúde, por meio da comunicação com o poder público.	Contribuir para melhoria das ações e serviços de saúde.	++	Desconhecimento dos problemas e demandas de saúde da população.	Média
Tribunal de Justiça de Mato Grosso	P	Propor soluções às demandas judiciais que envolvem a saúde.	Contribuir para melhoria dos serviços de saúde e da qualidade de vida da população.	+++	Cumprimento do direito individual à saúde, em detrimento dos fluxos e protocolos de saúde existentes, trazendo graves impactos nas políticas sociais de saúde.	Alta
Procuradoria Geral de Mato Grosso	P	Representar judicialmente o Estado de Mato Grosso, prestando consultoria aos seus órgãos e entidades, com o intuito de garantir o interesse público e outros princípios constitucionais.	Propor soluções estratégicas nas demandas judiciais de saúde em defesa do Estado.	+++	Aumento da judicialização da saúde, prejudicando o planejamento anual de saúde.	Alta
Defensoria e Ministério Público de Mato Grosso	P	Dar cumprimento aos direitos de cada indivíduo à saúde, conforme os normativos do SUS.	Garantir o direito da população à saúde.	+++	Não cumprimento dos mandamentos do SUS, ferindo o direito da população à saúde.	Alta



<b>Stakeholders</b>	<b>Grupo Primário ou Secundário</b>	<b>Papel do Stakeholder nas ações e serviços de saúde</b>	<b>Interesse do Stakeholder no trabalho</b>	<b>Grau de Interesse ++; +; 0; -;--</b>	<b>Impacto em caso de falha na atuação do Stakeholder</b>	<b>Prioridade Interesse para a Auditoria</b>
<b>Sefaz e outras Unidades Orçamentárias (UO)</b>	S	Contribuir para o custeio financeiro no atendimento às demandas judiciais de saúde.	Buscar o equilíbrio orçamentário-financeiro das contas públicas de Mato Grosso.	+	Escassez de recursos financeiros para o cumprimento das demandas judiciais de saúde.	Baixa
<b>Servidores do SUS</b>	P	Prestar serviços e ações de saúde aos usuários do SUS.	Ter condições de trabalho adequadas para realização dos serviços de saúde à população.	++	Prestação de ações e serviços de saúde de baixa qualidade à população.	Alta
<b>Usuários do SUS</b>	P	Fazer uso das ações e serviços de saúde prestados pelo Estado.	Melhoria da sua qualidade de vida.	+++	Baixa qualidade de vida da população.	Alta
<b>Fornecedores do SUS / Prestadores de serviços</b>	P	Fornecer materiais/medicamentos para os procedimentos médicos.	Garantir o recebimento pelos produtos ofertados Maximizar os lucros por meio do fornecimento de materiais/medicamentos com preços elevados	+++	Não realização dos tratamentos/procedimentos médicos propostos	Alta
<b>Controle Interno da SES e CGE/MT</b>	P	Orientar e supervisionar às ações dos administradores, no intuito de assegurar o adequado emprego dos recursos públicos.	Criar um ambiente interno eficiente	+++	Aumento da possibilidade de erros e fraudes	Alta
<b>Especialistas</b>	S	Fornecer conhecimentos científicos acerca do tema.	Aprofundar o conhecimento sobre o tema.	++	Falta de fidedignidade nas informações prestadas a respeito do tema.	Média

# Apêndice 7 - Relatório de análise de defesa da Consultoria Especializada

**ANÁLISE DA DEFESA DOS RESPONSABILIZADOS NA AUDITORIA  
(Ref. Processo nº 5.757-6/2017)**

**I. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ARGUMENTOS DE DEFESA**

1. O Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso contratou a Saúde Suplementar, por meio do Contrato nº 36/2017, para a realização de auditoria de 28 (vinte e oito) contas hospitalares, decorrentes de decisões judiciais que obrigavam o Estado e os Municípios mato-grossenses a fornecer tratamentos médicos e medicamentos de alto custo à população. O impacto na gestão orçamentária dos serviços públicos de saúde foi tamanho que o Tribunal de Contas contratou a Saúde Suplementar para realizar auditoria retrospectiva, no intuito de obter uma segunda opinião sobre as referidas contas e, ainda, para a capacitação em auditoria e faturamento hospitalar dos servidores da Corte de Contas.

2. A análise técnica feita pela equipe da Saúde Suplementar foi consolidada em Relatórios Técnicos Preliminares, entregues ao Tribunal de Contas, com os levantamentos encontrados pela Saúde Suplementar e eventuais *sugestões* de adequação das contas hospitalares, tomando por base os procedimentos e medicamentos recomendados em situações análogas, bem como os respectivos valores praticados no mercado. Diante das possíveis irregularidades, o Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso deu origem ao Processo nº 5.757-6/2017, notificando os estabelecimentos e profissionais auditados e concedendo prazo – em homenagem ao contraditório e ampla defesa – para que apresentassem suas justificativas acerca dos valores cobrados.

3. Alguns dos estabelecimentos auditados questionaram o teor dos Relatórios Técnicos Preliminares elaborados pela Saúde Suplementar. Muitos argumentos se sobrepõem, voltando-se essencialmente contra a qualificação e competência da equipe técnica da Saúde Suplementar e à própria regularidade da empresa. De forma geral, os auditados alegam que a auditoria teria sido realizada por (i) empresa irregular – sem registro no CRM; (ii) por profissionais não habilitados; e (iii) com usurpação de competência.

4. Tendo em vista que as alegações questionam a higidez dos serviços prestados e a conduta da empresa, a Saúde Suplementar vem, perante esse Egrégio Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso, esclarecer um a um os argumentos suscitados pelos

estabelecimentos auditados quanto à suposta inabilitação técnica e legal da Saúde Suplementar, de modo a afastar toda e qualquer suspeita de irregularidade.

## II. FUNDAMENTOS TÉCNICOS E LEGAIS

### A) REGULARIDADE DA INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA – NATUREZA DECLARATÓRIA DO REGISTRO

5. As defesas apresentadas pelos estabelecimentos auditados alegam que a Saúde Suplementar estaria com certificado de inscrição no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina vencido, “em situação irregular perante o órgão de controle”.

6. Como cediço, o registro junto aos Conselhos Regionais de Medicina deve ser renovado anualmente. No dia 04/07/2017, antes do vencimento, a Saúde Suplementar deu abertura ao processo de renovação, como se depreende do seguinte registro no sítio eletrônico do Conselho:

The screenshot shows a web browser window with the URL [https://servicos.cremesc.org.br/Pj/crm/index.jsp?menu=menu\\_requerimentos#resp11854](https://servicos.cremesc.org.br/Pj/crm/index.jsp?menu=menu_requerimentos#resp11854). The page title is "Acompanhar Solicitações". The main content area displays a progress bar for a pending request (006222 / 2017) for the renewal of a certificate of regularity of registration for a legal entity. The progress bar has four stages: "Preencher Requerimento" (Completed), "Pré-Análise" (Pending), "Enviar Documentos" (Attention: Do not send documents), and "Homologação da Solicitação". The "Pré-Análise" stage is highlighted with a yellow circle and a warning icon. Below the progress bar, there are buttons for "Regularizar Documentos / Pendências", "Receber Documentos / Orientações", and "Histórico". A red warning message states: "Atenção: Não enviar Documentos Físicos antes desta etapa".

7. A renovação do registro foi requerida no mês do vencimento, como manda a Resolução do nº 1.980/2011, do Conselho Federal de Medicina:

Art. 8º – A regularidade do cadastro ou registro da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento é dada pelo **certificado de cadastro ou registro, a ser requerido e expedido anualmente, no mês do vencimento**, desde que não haja pendências no Departamento de Fiscalização.

8. **O certificado da Saúde Suplementar venceu no dia 29/07/2017, quando já havia sido iniciado o processo de renovação.** No entanto, em função de uma série de entraves burocráticos, a renovação do certificado só foi deferida em 28/03/2018, com validade até julho/2019:



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - SC CERTIFICADO de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica

Inscrito sob CRM nº  
4565-SC

Data de Inscrição:  
29/07/2016

Validade:  
29/07/2019

CNPJ  
10981905000143

Razão Social: SAUDE SUPLEMENTAR SOLUCOES EM GESTAO DE  
CONSULTORIA E TREINAMENTO LTDA

Nome Fantasia: QUALIREDE

Endereço  
AV MAURO RAMOS, 1277, CENTRO

Município  
Florianópolis

CEP  
88020303

Responsável Técnico: CARLOS EDUARDO PORSCH CRM nº 14229

Classificação  
ASSESSORIA E CONSULTORIA DE SERVIÇOS MÉDICOS

Este certificado atesta a REGULARIDADE da inscrição neste Conselho Regional de Medicina da prestadora de serviço de saúde supra identificada, conforme legislação e normatização vigentes.

Este certificado deverá ser afixado em local visível ao público e acessível à fiscalização.

AUREA GOMES-NOGUEIRA  
SECRETÁRIA GERAL

Certificado emitido no dia 28/03/2018. Válido até o dia 29/07/2019.  
Sua autenticidade poderá ser confirmada na página do CRMSC, na Internet, no endereço:  
<http://www.cremesc.org.br/validadorpj.jsp> por meio do código **8UABGE** ou diretamente em um dispositivo móvel pelo aplicativo CRMSC - Validador de Documentos disponível pela GooglePlay.



Este documento foi assinado digitalmente pelo(a) SECRETÁRIA GERAL de CREMESC, Dr(a) AUREA GOMES-NOGUEIRA, em 28/03/2018 11:14 PM. Válido até 29/07/2019

9. Repita-se que a Saúde Suplementar solicitou a renovação do registro no mês do seu vencimento, nos exatos termos da regulamentação do Conselho Federal de Medicina. Por corolário, eventual demora na expedição do certificado não pode ser imputada à empresa, que seguiu à risca as diretrizes da Resolução do nº 1.980/2011.

10. E nem se cogite alegar que a demora no deferimento do pedido de renovação pudesse ser atribuída a eventual existência de irregularidade por parte da Saúde

Suplementar. É que, mesmo nessa hipótese, a suspensão das atividades só é cabível após o segundo ano consecutivo sem a devida renovação do registro, nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º da Resolução do nº 1.980/2011:

Art. 8º [...]

Parágrafo primeiro – **A empresa, instituição, entidade ou estabelecimento que não renovar o cadastro ou registro por período superior a 2 (dois) exercícios consecutivos estará sujeita à suspensão de cadastro ou registro** a partir de deliberação de plenária do respectivo regional, sem prejuízo das anuidades em débito até sua inativação *ex officio* no cadastro de pessoas jurídicas.

11. Significa que mesmo a eventual existência de pendência que impedisse o deferimento do pedido de renovação do certificado não seria suficiente para imputar irregularidade à atuação da Saúde Suplementar, mesmo após o vencimento do certificado. É que, nos termos do parágrafo primeiro, a suspensão das atividades da empresa só é cabível após o segundo ano sem a renovação do registro. No caso em apreço, a empresa estaria, na pior das hipóteses, com o registro pendente, o que não lhe impediria de atuar.

12. Nesse sentido, colhe-se do Manual de Procedimentos Administrativos do Conselho Federal de Medicina:

#### **Obrigatoriedade da renovação**

A renovação do Certificado de Regularidade é obrigatória. Portanto, a empresa que não solicitar a renovação de seu registro deverá passar para a situação pendente no dia seguinte à data-limite para renovação, assim permanecendo até sua regularização.

**A empresa que pelo segundo ano consecutivo não apresente solicitação de renovação do Certificado de Regularidade deve ser notificada, passando para a situação de suspensão da inscrição**, sem prejuízo de suas obrigações presentes e futuras. Para renovar o Certificado de Regularidade a empresa não pode ter pendências de anos anteriores. Caso existam renovações pendentes, todas deverão ser realizadas concomitantemente.<sup>1</sup>

13. Para além disso, a demora do Conselho Regional de Medicina na análise do pedido – ou seja, o silêncio administrativo – não pode ser interpretado como recusa ao

<sup>1</sup> Disponível em: <[https://portal.cfm.org.br/images/mpa\\_pj.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/mpa_pj.pdf)>. Acesso em 03 jun. 2018.

pedido de renovação. A pendência da análise do pedido não constitui óbice ao exercício regular das atividades da empresa. A suspensão do registro, repita-se à exaustão, só ocorre passados **dois anos** do vencimento do certificado, o que não ocorreu na hipótese. **Não há dúvida, portanto, quanto à regularidade da Saúde Suplementar perante o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina.**

14. Mas não é só. A renovação do Certificado de Registro perante o Conselho Regional de Medicina é um ato declaratório que, por sua própria natureza, reconhece uma situação de fato pré-existente, no caso a regularidade da empresa Saúde Suplementar. **A renovação é absolutamente diferente de um pedido de registro inicial.** A empresa precisa, apenas, demonstrar que **mantém** as condições inicialmente necessárias para a certificação. Significa, em outras palavras, que a renovação do Certificado produz efeitos *ex tunc*, retroagindo até a data de vencimento do registro anterior, ou seja, até o dia 29/07/2017, quando foi solicitada a renovação do registrado perante o Conselho.

15. A lógica é a mesma utilizada no caso de certificados que concedem a determinadas entidades alguma espécie de benefício tributário. Conforme a jurisprudência dos Tribunais superiores "*a decisão administrativa que reconhece a imunidade tributária **tem natureza declaratória e, por conseguinte, produz efeitos ex tunc, de forma a autorizar a retroação dos seus efeitos, a partir do momento em que preenchidos os requisitos legais***".<sup>2</sup>

16. Aliás, o SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA consignou que, em caso de pedido de **renovação**, o efeito declaratório retroage à data de vencimento do registro anterior:

TRIBUTÁRIO E PROCESSUAL CIVIL. [...] **NATUREZA DECLARATÓRIA DO ATO. EFEITOS RETROATIVOS À DATA EM QUE A ENTIDADE CUMPRE OS PRESSUPOSTOS LEGAIS PARA SUA CONCESSÃO.**

[...] 2. **A hipótese dos autos não se refere a pedido inicial de certificado de entidade beneficiante, mas de requerimento de renovação desse certificado, o que pressupõe que a sinalização positiva ao requerimento deve retroagir à data limite de validade da certificação anterior, dada a natureza declaratória do ato.**<sup>3</sup>

17. Por fim, ainda que se considerasse irregular o registro da Saúde Suplementar perante o Conselho Regional de Medicina na época da realização da auditoria, o

<sup>2</sup> STJ, AgRg no REsp 1579979/SC, Relator: Ministro Benedito Gonçalves, Órgão Julgador: Primeira Turma, Julgado em 10/04/2018, grifo acrescido.

<sup>3</sup> STJ, AgInt no REsp 1596529/PR, Relatora: Ministra Diva Malerbi (Desembargadora Convocada TRF 3ª REGIÃO), Órgão Julgador: Segunda Turma, Julgado em 09/08/2016, grifo acrescido.

que se cogita por mera argumentação, tal fato acarretaria, no máximo, infração disciplinar perante o órgão, o que não afetaria o conteúdo dos Relatórios Técnicos Preliminares elaborados pela equipe de auditoria.

## **B) AUDITORIA REALIZADA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – COORDENAÇÃO OPERACIONAL, SEM VINCULAÇÃO OU SUBORDINAÇÃO.**

18. Os auditados sustentam, de uma forma geral, ilegalidade quanto aos seguintes aspectos: (i) coordenação da auditoria realizada por profissional de enfermagem; e (ii) participação em auditoria de profissionais não médicos. O argumento, em síntese, é de que haveria violação ao artigo 5º da Lei Federal nº 12.842/2013 que classifica como atividade privativa de médico a “*auditoria médica*” e a “*coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas de médico*”.

19. Em primeiro lugar, inexistente irregularidade na participação de profissionais de outras áreas na prestação dos serviços de auditoria em saúde. A doutrina é esclarecedora sobre a importância de profissionais de mais uma especialidade:

[...] trabalhos demonstraram diversas categorias de profissionais que desempenham a atividade de auditoria de saúde. Dentre os profissionais citados, encontram-se médicos, enfermeiros, odontólogos, contadores, administradores, assistentes sociais, advogados, psicólogos, dentre outros. Assim, pode-se notar que **a complexidade da auditoria de saúde exige a articulação dos saberes diversos por meio da participação de diferentes profissionais**<sup>4</sup>.

20. Aliás, o artigo 10 da Resolução nº 1.614/2001 do Conselho Federal de Medicina prevê expressamente a possibilidade de formação de equipe multidisciplinar:

Art. 10 – O médico, na função de auditor, quando integrante de equipe multiprofissional de auditoria, deve respeitar a liberdade e independência dos outros profissionais sem, todavia, permitir a

<sup>4</sup> SANTOS et al. *Participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde*. Disponível em: <[http://crefiteo8.org.br/site/artigos\\_textos/auditoria\\_em\\_fisioterapia\\_a.pdf](http://crefiteo8.org.br/site/artigos_textos/auditoria_em_fisioterapia_a.pdf)>. Acesso em 29 jun. 2018.

quebra do sigilo médico.<sup>5</sup>

21. No mesmo sentido, a Resolução nº 266/2001, do Conselho Federal de Enfermagem, dispõe que o enfermeiro auditor, **“quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, sigilo profissional”**<sup>6</sup>.

22. A resolução ainda estabelece que **“a competência do enfermeiro auditor abrange todos os níveis onde há a presença da atuação de profissionais de enfermagem”**. A previsão se repete nos normativos emitidos pelos Conselhos Federais de Farmácia<sup>7</sup>, Fisioterapia<sup>8</sup> e Nutrição<sup>9</sup>, o que demonstra ser **absolutamente comum que as auditorias em saúde sejam realizadas por equipe composta por profissionais de especialidades variadas**.

23. Os serviços contratados pelo Tribunal de Contas não abarcavam apenas a auditoria de contas-médicas. Em dimensão mais ampla, contemplavam todas as despesas hospitalares, incluindo medicamentos e tratamentos pertinentes a outros ramos de atuação.

24. Por decorrência lógica, se os tratamentos e honorários médicos devem ser objeto de auditoria médica, é evidente que tratamentos e honorários dos profissionais de enfermagem e fisioterapia devem ser avaliados por enfermeiros, fisioterapeutas e assim sucessivamente. Daí a necessidade de que a equipe fosse composta por outros profissionais da saúde, tais como (i) enfermeiros; (ii) nutricionistas; (iii) farmacêuticos e (iv) fisioterapeutas.

25. Especificamente em relação ao Hospital Pequeno Príncipe, o Relatório Técnico Preliminar questiona uma série de honorários de fisioterapia, que foram analisados com base nas referências registradas na tabela disponibilizada pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO. Não há, pois, como se cogitar de irregularidade na participação de auditor fisioterapeuta para a análise das referidas contas.

<sup>5</sup> Resolução CFM nº 1614/2001. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1614\\_2001.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1614_2001.htm)>. Acesso em 29 jun. 2018.

<sup>6</sup> Anexo Resolução COFEN nº 266/2001. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/ANEXO2662001.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2018.

<sup>7</sup> Resolução CFF nº 508/2009. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/508.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2018.

<sup>8</sup> Resolução COFFITO nº 416/2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-coffito-416-2012.htm>>. Acesso em 26 jun. 2018.

<sup>9</sup> Resolução CFN nº 600/2018. Disponível em: <[http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res\\_600\\_2018.htm](http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm)>. Acesso em 26 jun. 2018.

26. Ademais, não há óbice que a auditoria retrospectiva do **preço** dos tratamentos e medicamentos cobrados – o que também era objeto da auditoria prestada ao Tribunal de Contas – seja feita por farmacêutico ou enfermeiro. A análise, nesse caso, é meramente comparativa, não demanda conhecimento médico e, principalmente, não é considerada privativa de médico, nos termos do artigo 4º da Lei nº 12.842/2013. Basta que se proceda à comparação entre os valores cobrados pelos auditados com os valores praticados no mercado para medicamentos, procedimentos e materiais similares. A auditoria, neste ponto, não avalia o conteúdo das prescrições, não reexamina os diagnósticos, tampouco questiona a pertinência de uso dos fármacos prescritos. Não entra no mérito, portanto, do tratamento médico, mas versa sobre os aspectos financeiros das contas-hospitalares.

27. Em suma, diversamente dos argumentos de defesa, não houve usurpação de competência pelos profissionais não médicos. Pelo contrário, a constituição de uma equipe multidisciplinar permitiu que fosse possível auditar com exatidão as despesas referentes a cada uma das especialidades. A atuação conjunta, além de autorizada pela Lei Federal nº 12.842/2013<sup>10</sup>, confere maior precisão técnica ao Relatório Técnico Preliminar.

28. Ainda sob esse aspecto, destaca-se que o fato de a enfermeira Tanise Bonilla Souza ter assinado o Relatório Técnico na condição de coordenadora da auditoria, por si só, não faz presumir que os auditores médicos – assim como enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas – tenham atuado sob qualquer forma de subordinação ou vinculação, imediata e direta.

29. O papel da enfermeira Tanise, enquanto coordenadora de auditoria, resumiu-se a função operacional, de gerenciamento das atividades desenvolvidas com absoluta autonomia e independência por cada um dos profissionais membros da equipe técnica. De forma direta: os auditores realizavam suas avaliações – de acordo com as suas respectivas áreas de formação – e encaminhavam o resultado do trabalho à enfermeira Tanise, que centralizava o recebimento dos Relatórios parciais, com o intuito de elaborar um único documento – posteriormente assinado por todos, em conjunto.

30. A atividade de coordenação objetivava organizar os esforços dos profissionais envolvidos na auditoria, mas não supervisionar a sua atuação. Não há indício ou

---

<sup>10</sup> Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

acusação de subordinação ou vinculação entre os auditores e a coordenação de auditoria. A enfermeira Tanise não realizava qualquer juízo de valor sobre as auditorias médicas, nutricionais, de fisioterapia e mesmo dos demais enfermeiros, estando a sua atuação vinculada apenas ao aspecto organizacional dos serviços prestados pela Saúde Suplementar.

31. É evidente que o auditor médico, fisioterapeuta, farmacêutico ou nutricionista não condicionava as suas conclusões de auditoria à chancela ou opinião da enfermeira coordenadora, que sequer teria competência para avaliar o conteúdo dos relatórios parciais. O seu papel, insista-se, era única e exclusivamente operacional, sem qualquer resquício de vinculação ou subordinação imediata e direta.

32. Até porque, sem prejuízo das digressões acima, não se pode perder de vista que em última instância, embora a enfermeira Tanise figurasse como coordenadora dos trabalhos de auditoria (médica, nutricional, de fisioterapia e enfermagem), todo o processo estava vinculado ao responsável técnico da Saúde Suplementar, o médico Dr. Carlos Eduardo Porsch, como é reconhecido pelos próprios auditados.

### **C) AUDITORIA NÃO É UMA ESPECIALIDADE MÉDICA. DISTINÇÃO ENTRE PERÍCIA MÉDICA E DESNECESSIDADE DE REGISTRO NO CRM.**

33. Além dos argumentos já enfrentados, os estabelecimentos auditados alegam que os membros da equipe de auditoria não possuíam as especializações necessárias para a realização dos serviços. Basicamente, sustentam que (i) o Dr. Carlos Eduardo Porsch, responsável técnico da Saúde Suplementar, não possui especialidade em medicina legal ou perícia médica, o que violaria a Resolução nº 2.114/2014 do Conselho Federal de Medicina; (ii) o Dr. Carlos Eduardo Porsch não possui especialidade registrada nos serviços por ele auditados (cardiologia, neurologia, ortopedia, etc.); e (iii) os enfermeiros não possuem especialidade em auditoria de enfermagem, o que afrontaria a Resolução nº 389/2011 do Conselho Federal de Enfermagem.

34. A Resolução nº 2.114/2014 do Conselho Federal de Medicina determina que o responsável técnico das instituições que prestam serviços médicos em uma única especialidade – no caso a Saúde Suplementar – deve possuir “*título de especialista registrado no CRM na área de atividade em que os serviços são prestados*”. Assim, porque a Saúde

Suplementar presta serviços de auditoria, a alegação é de que o Dr. Carlos Eduardo Porsch, responsável técnico da empresa, deveria possuir registro no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina na “*especialidade auditoria*”.

35. **A defesa confunde os requisitos necessários à realização de perícias com aqueles atinentes à elaboração de auditoria médica, que não constitui uma especialidade médica**, conforme o rol elencado na Resolução nº 2.149/2016 do Conselho Federal de Medicina, que “*aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas*”<sup>11</sup>. Para execução de auditorias, diferente das perícias, a normatização das atividades profissionais envolvidas não demanda especialização específica.

36. Nos termos da Resolução nº 1.614/2002, a “*auditoria médica caracteriza-se como ato médico, por exigir conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão*”, podendo ser exercida por qualquer médico regularizado perante o Conselho Regional de Medicina, independentemente da especialidade.

37. O Parecer nº 15/2008, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC, esclarece que “*o médico desde que esteja regularizado no Conselho Regional de Medicina da jurisdição onde ocorreu a prestação do serviço auditado **está habilitado a exercer qualquer atividade de auditoria médica, dependendo de sua capacitação, não necessitando, obrigatoriamente, ter título de especialista, respondendo por seus atos, ética, civil e criminalmente***”.<sup>12</sup> E conclui, respondendo às perguntas formuladas pelo consulente :

1- Gostaria de saber se **qualquer médico pode exercer a atividade de “Médico Auditor”**?

**Resposta – Sim.**

2 - Não é preciso qualquer formação específica?

Resposta – Não, **não é preciso qualquer formação específica** .

3 - Há residência médica?

Resposta – Não.

4 - Há prova de título?

Resposta – Não.

5 - Procurei no site da AMB e do CFM na parte de títulos, mas, não há

<sup>11</sup> Resolução CFM nº 1.614/2002. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149\\_2016.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2016/2149_2016.pdf)>. Acesso em 29 jun. 2018.

<sup>12</sup> Parecer CREMEC nº 15/2008. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/pareceres/2008/par1508.htm>>. Acesso em 29 jun. 2018.

qualquer menção a obtenção de título de médico auditor (há para médico do trabalho). É dizer, essa especialidade na profissão médica não é reconhecida pelo CFM e/ou pela AMB?

Resposta – Não.

38. **Insista-se que a auditoria médica não se confunde com perícia médica,** como sugerem os argumentos de defesa. Trata-se de “*habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas de atuações*”<sup>13</sup>. No mesmo sentido, o Parecer nº 070/2002 do Conselho Federal de Medicina, aborda a “*definição e diferença entre auditor e perito*”, nos seguintes termos:

A auditoria médica ou assistencial encontra-se bem definida em Parecer Consulta do Conselho Federal de Medicina de nº 011/99 [...]. O conceito emitido no bojo do mesmo acredita contemplar sua definição, a saber: “**auditoria médica é o conjunto de atividades e ações de fiscalização, de controle e a avaliação dos processos e procedimentos adotados, assim como o atendimento prestado, objetivando sua melhor adequação e qualidade, detectando e saneando eventuais distorções e propondo medidas para seu melhor desempenho e resolubilidade**”. [...] A Perícia Médica é uma **sindicância de natureza médica que visa a esclarecer fatos que interessam em um procedimento judicial ou administrativo**. É um elemento de prova fundamental quando as normas (penais, civis, administrativas etc.) exigem conhecimentos médicos para serem executadas. **Trata-se de um ramo da Medicina Legal, onde os ensinamentos técnicos e científicos especiais são ministrados e suficientes para a emissão de pareceres**. A Lei nº 3268/57 e o Decreto nº 20.931/32 norteiam a profissão de médico. O Conselho Federal de Medicina em Parecer Jurídico de nº 163/97 estabelece: “Ato Pericial é ato médico. O perito-médico-legista subjugam-se aos preceitos legais que regem a matéria a ser examinada. O perito-médico-legista deve obediência aos preceitos éticos da medicina. O trabalho desempenhado pelo médico legista é de natureza médico-pericial e não policial”. O Parecer do Setor Jurídico do CFM de nº 306/98 expõe com clareza as ações do perito e apresenta em seu bojo o conceito de Gagli: “Perito, de fato, é aquele que, por capacidade técnica especial, é chamado a dar o seu parecer sobre a avaliação de uma prova. Tratando-se de juízo científico, não pode ele variar conforme a

<sup>13</sup> NAKANO et. al. *Perícia Médica*. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/periciamedica.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2018.

finalidade ou o interesse da parte que oferece a perícia". [...] PARTE CONCLUSIVA **Auditoria Médica e Perícia Médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações. A necessidade de conhecimentos técnicos e científicos ensejam aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam.**<sup>14</sup>

39. No mesmo sentido e a título de ilustração, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás – CREMEGO:

**Auditoria médica e perícia médica são habilidades profissionais médicas específicas e distintas em suas técnicas e atuações.** A necessidade de conhecimento técnico e científico enseja aperfeiçoamento e dedicação por parte dos que as praticam. O Código de Ética Médica, em seus artigos 118, 119, 120 e 121, estabelece os limites éticos da atuação profissional do auditor e do perito.<sup>15</sup>

40. Em síntese: **não há exigência de que o profissional médico possua especialização para o desempenho das atividades de auditoria, ao contrário do que se exige em relação à perícia e medicina legal.** Portanto, não há irregularidade no fato de o Dr. Carlos Eduardo Porsch, responsável técnico pela empresa, não possuir registro de especialidade em medicina legal ou perícia médica perante o CRM/SC, tendo em vista que os serviços prestados pela empresa são, em sua essência, de auditoria, que não constitui especialidade médica.

41. Além disso, os argumentos de defesa sugerem que os médicos auditores deveriam ser especialistas na área dos procedimentos que estão sendo auditados. Assim, um procedimento cardiológico só poderia ser auditado por um cardiologista, um procedimento neurológico, por um neurologista, etc. Caso contrário, segundo a defesa, haveria violação ao artigo 17 da Lei Federal nº 3.268/1957.

42. O ponto é que não há qualquer dispositivo legal ou determinação do Conselho Federal de Medicina nesse sentido. O artigo 17 da Lei Federal nº 3.268/1957 estabelece que *“os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas*

<sup>14</sup> Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2479:&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2479:&catid=3)>. Acesso em 29 jun. 2018.

<sup>15</sup> Parecer-Consulta nº 70/02, CREMEGO. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/periciamedica.pdf>>. Acesso em 29 jun. 2018.

no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade”.

43. Ocorre que, como a auditoria não é uma especialidade médica, o dispositivo não impede que médicos em geral – independentemente da sua área de especialidade – prestem serviços de auditoria sobre qualquer procedimento médico.

#### **D) DESNECESSIDADE DE REGISTRO DOS DIPLOMAS DE ESPECIALIZAÇÃO PERANTE O COREN.**

44. No mesmo sentido, a defesa alega que os enfermeiros membros da equipe técnica não possuem certificado em enfermagem em auditoria registrado perante o COREN, o que violaria a Resolução nº 389/2011.

45. Antes de adentrar a discussão, registra-se que **os enfermeiros envolvidos na prestação dos serviços de auditoria ao Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso possuem pós-graduação em auditoria em saúde**, conforme os diplomas em anexo.

46. A Resolução nº 389/2011 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que disciplina “os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidade” confere ao “enfermeiro detentor de títulos de pós graduação” o “**direito** de registrá-los no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferindo legalidade para atuação na área específica do exercício profissional”<sup>16</sup>. A normativa não exigia que as especialidades fossem registradas perante o COREN. Tratava-se de uma faculdade que poderia ser exercida pelo enfermeiro se este o desejar.

47. A Resolução nº 389/2011 foi revogada pela Resolução nº 570/2018, que tornou obrigatório o registro dos títulos de pós-graduação no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

48. A Resolução nº 570/2018, todavia, é posterior ao período em que foram prestados os serviços ao Tribunal de Contas, pelo que não se aplica aos Relatórios Técnicos Preliminares.

<sup>16</sup> Resolução COFEN nº 389/2011. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_389\\_2011.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_389_2011.pdf)>. Acesso em 29 jun. 2018.

49. A propósito, o artigo 11 da Lei Federal nº 7.498/1986 estabelece que “o enfermeiro exerce **todas as atividades de enfermagem**, cabendo-lhe: I – privativamente: [...] h) consultoria, **auditoria** e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem”. Depreende-se, pois, que todo enfermeiro, independentemente de especialização, é autorizado a prestar serviços de auditoria sobre matéria de enfermagem, pelo que inexistente irregularidade quanto à qualificação da equipe técnica da Saúde Suplementar.

50. Não se nega a existência da especialidade “Enfermagem em Auditoria”. O ponto é que **a especialização em auditoria médico-hospitalar não é – ou pelo menos não era sob a vigência da Resolução nº 389/2011 – um pré-requisito obrigatório** para a prestação dos serviços de auditoria realizados pela equipe técnica da Saúde Suplementar. Não havia, à época da prestação dos serviços, obrigatoriedade de que o enfermeiro auditor fosse registrado nessa especialidade perante o COREN.

#### **E) LEGALIDADE DOS ATOS PRATICADOS PELO FARMACÊUTICO AUDITOR.**

51. Por derradeiro, os argumentos de defesa alegam que haveria violação ao § 3º do artigo 6º da Resolução 586/2013 do Conselho Federal de Farmácia que veda “ao farmacêutico modificar a prescrição de medicamentos do paciente, emitida por outro prescritor, salvo quando previsto em acordo de colaboração”.

52. A alegação é absolutamente irracional, na medida em que os serviços prestados pela Saúde Suplementar foram de *auditoria retrospectiva*, em momento **posterior** à prescrição de medicamentos. Portanto, é evidente que o farmacêutico membro da equipe de auditoria não modificou a prescrição de medicamentos do paciente. A sua participação no Relatório Técnico limitou-se, quando muito, a comparar os valores cobrados pelos medicamentos com os preços praticados no mercado, em relação aos mesmos medicamentos ou similares.

### **III. CONCLUSÃO**

53. Sendo o que havia para esclarecer no presente momento, a Saúde Suplementar permanece à disposição do Egrégio Tribunal de Contas do Mato Grosso para eventuais esclarecimentos e complementações que se fizerem necessários.

Com votos de estima e consideração.  
Florianópolis (SC), 03 de julho de 2018.

**SAÚDE SUPLEMENTAR**  
**SOLUÇÕES EM GESTÃO DE CONSULTORIA E TREINAMENTO LTDA.**  
**Norberto Hahn**

**JOEL DE MENEZES NIEBUHR**  
Advogado | OAB/SC nº 12.639

**IV) Metodologia de parametrização de preços. Nesse aspecto, solicita-se argumentos que os valores referenciais refletem o preço de mercado.**

a. **Tabela CBHPM. Razão da escolha da Tabela como paradigma. Motivos pelos quais a tabela representa o valor de mercado**

**Resposta Qualirede:**

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) é o parâmetro de honorários médicos que surgiu da ação unificada da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos e Sociedades de Especialidades Médicas, a fim de garantir uma remuneração mínima e equilibrada dos serviços prestados por médicos.

Desde a sua implantação em 2003 tem sido usada pelos planos e operadoras de saúde em todo o Brasil. Esta importante referência busca preservar o respeito ao profissional médico, ampliar a qualidade do atendimento ao paciente e balizar a remuneração de procedimentos, facilitando a organização e o gerenciamento de recursos dos próprios planos.

A elaboração da lista hierarquizada de procedimentos totalmente ética, que contemplasse todas as especialidades e remunerasse dignamente os serviços profissionais, era, ao mesmo tempo, o anseio e o sonho da classe médica brasileira. Foi nesse projeto que a Associação Médica Brasileira e suas Sociedades de Especialidade, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, utilizando a metodologia proposta pela Fipe – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, trabalharam nos últimos três anos.

O resultado deste trabalho é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que por ter adotado, critérios científicos e éticos, conta com o apoio de todas as entidades médicas nacionais - Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos. A CBHPM apresenta um novo conceito e uma nova metodologia no referencial médico. Essa nova filosofia proposta pelas entidades médicas nacionais altera também os princípios dos entendimentos e negociações.

Por ser referencial, abre caminho para que isso ocorra em nível nacional e de forma diferenciada. Seu caráter ético, respaldado pela idoneidade das Sociedades de Especialidade,

permite à população a identificação dos procedimentos médicos cientificamente comprovados. Além de tornar transparente a conduta dos profissionais atuantes na área médica, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor, a CBHPM passa a ser também um importante instrumento de direito básico ao consumidor, pois preserva a qualidade no atendimento médico, garante segurança, respeito e dignidade à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

A CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) foi editada pela primeira vez em 2003. Surgiu da imperiosa necessidade dos médicos brasileiros resgatarem o direito de valorizar o seu trabalho perante o Sistema de Saúde Suplementar (ANS e operadores de planos de saúde).

Durante décadas, cada operadora criava sua própria tabela de códigos e procedimentos, de acordo com seus interesses específicos, sem critérios claros e sem qualquer conceito de hierarquização. A lógica de “remunerar menos” por serviços fundamentais, como a consulta médica, por exemplo, se refletiu na qualidade do atendimento a todos os pacientes e na dignidade do exercício profissional.

Após duros embates, que contaram sempre com a participação e a união das principais entidades médicas (AMB, CFM, FENAM), representantes médicas estaduais e as Sociedades de Especialidade, foi construída a CBHPM. Estruturada na lógica da HIERARQUIZAÇÃO entre todos os procedimentos médicos, uma classificação foi coordenada pela FIPE-USP, discutida entre todas as Sociedades de Especialidade, e codificada, dividiu os procedimentos em quatorze Portes, cada qual com três subdivisões, que até hoje compõem a estrutura fundamental da CBHPM.

Este trabalho, hoje reconhecido pelo sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, vem sendo (ainda) incorporado progressivamente pelas mais importantes operadoras de planos de saúde e é entendido pela agência reguladora ANS como a condição básica para que seus procedimentos possam ser incorporados ao Rol de Procedimentos, atualizado periodicamente por esta agência.

Tendo como norteadores a ética e o racional, o fortalecimento da CBHPM como aliada necessária ao reconhecimento da dignidade do exercício profissional, e a melhoria da qualidade assistencial aos pacientes, será mandatória a adoção da CBHPM também pelo

Sistema Único de Saúde (SUS). E esta é inclusive uma das metas da Associação Médica Brasileira (AMB).

É importante ressaltar que, a cada edição da CBHPM (atualmente realizada a cada dois anos), novos procedimentos são incorporados e outros extintos, atendendo à necessária dinâmica da prática médica, mutante e evolutiva por sua finalidade e natureza. Importante também, a reavaliação constante de procedimentos que se tornam aviltantemente precificados, para a sua atualização e permanência no sistema.

Conforme já exposto, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM – 2016 deve ser entendida como o padrão mínimo aceitável (Resolução CFM nº 1.673/03) para o estabelecimento da remuneração do exercício profissional médico. É desejo da AMB a sua adoção por todos os segmentos da Saúde Suplementar Brasileira, e pelo Sistema Unificado de Saúde (SUS), razão pela qual consideramos como razoável a utilização de tal referencial como balizador da remuneração médica.

#### **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03**

*Ementa : A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar. O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e, CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57); CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica); CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003; CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003, RESOLVE: Art. 1º – Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores. Art. 2º – Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos. Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas*

*Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais. Art. 3º – Revoguem-se as disposições em contrário. Art. 4º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Brasília-DF, 7 de agosto de 2003 EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE Presidente*

**b. Tabela Compacta (Taxas e Diárias). Razão da escolha da Tabela como paradigma de auditoria. Há utilização dessa sistemática no âmbito da Saúde Suplementar**

**Resposta Qualirede:**

Através de uma análise geral dos referenciais utilizados para remuneração de taxas e diárias no âmbito da saúde suplementar, optou-se por utilizar a Tabela Compacta devido a sua completa abordagem sobre o assunto supracitado em atenção a cobertura e diretrizes preconizadas pela ANS.

A tabela em questão está vinculada a Rodada de São Paulo, reunião do Grupo de Trabalho sobre Remuneração de Hospitais (Participantes: Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB, Confederação Nacional de Saúde – CNS, Federação Brasileira de Hospitais – FBH, Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, UNIMED do Brasil - UNIMED, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS).

A partir desse trabalho, foram revisados e atualizados referenciais anteriormente elaborados para a remuneração de conta aberta aprimorada/tabela compacta. A conta aberta aprimorada, na forma de tabela compacta, é recomendável que seja aplicada “para os procedimentos hospitalares que ofereçam dificuldades de padronização dos insumos e serviços”.

c. **Medicamentos e materiais. Razão da exclusão nos custos dos medicamentos dos valores referentes a seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição de documentos, conforme aponta o art. 1º, §1º, inciso II da Resolução Normativa 241/2010 da ANS).**

**Resposta Qualirede:**

A Resolução CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos) nº3 proibiu a publicação de Preço Máximo ao Consumidor (PMC) para medicamentos de uso restrito a hospitais e clínicas, o que levou a ANS a publicar a RN 241/2010.

As Operadoras e prestadores devem se adequar ao disposto na CMED nº 3, bem como à Resolução Normativa (RN) 241, da ANS, que estabelece a obrigatoriedade de negociação dos instrumentos jurídicos firmados entre as partes.

Esse ajuste deve conter cláusula que contemple a remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados de acordo com a estrutura do prestador de serviços (inciso II). A forma de remuneração, nesse caso, deverá ser acordada entre as partes.

Ante o exposto, destaca-se que o preço de parâmetro adotado na auditoria contemplou os custos que envolvem o processo de aquisição, armazenamento e dispensação desses produtos.

Legislação:

- CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos)

Conforme comunicado nº 06, de 30 de março de 2017 da CMED, publicado no D.O.U. nº 64, de 03 de abril de 2017, Seção 3, pg 3. Divulga o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) para o ano de 2017:

“A Secretaria-Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, com fulcro no disposto no inciso XIII do artigo 12 da Resolução CMED nº. 3, de 29 de julho de 2003, expede o presente Comunicado:

1 - O Coeficiente de Adequação de Preços - CAP fica definido em 19,28% (dezenove vírgula vinte e oito por cento), de acordo com a fórmula descrita no item 3 do Anexo I da Resolução CMED nº. 3, de 2 de março de 2011, conforme planilha de cálculo constante do Anexo deste Comunicado.”

Coeficiente de Adequação de Preços – CAP é um desconto mínimo obrigatório, incidente sobre o Preço Fábrica - PF de alguns medicamentos nas compras realizadas pelos entes da Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS RN n.º 241, estabeleceu a obrigatoriedade de ajustes nos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços que apresentem como parte integrante dos seus serviços de atenção à saúde a utilização de medicamentos de usos restritos a hospitais e clínicas, para que essa negociação contemple o valor e/ou referência de valores dos medicamentos utilizados.

- RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 363, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2014 (EM VIGOR A PARTIR DE 22/12/2014)

*“(…) Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.*

[Correlações] [Revogações]

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os incisos II e IV do art. 4º e os incisos II e IV do art. 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e os arts. 17-A e 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014, em reunião realizada em 10 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

## CAPÍTULO

I

### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN, dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências.

Art. 2º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:

I - prestador: pessoa física ou jurídica que presta serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde; e

II - forma de reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

## CAPÍTULO

II

### DOS CONTRATOS ESCRITOS

Art. 3º As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a Operadora e o Prestador.

Art. 4º Os contratos escritos devem estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização administrativa da Operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão; e

V - as penalidades para as partes pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Parágrafo único. A definição de regras, direitos, obrigações e responsabilidades estabelecidos nas cláusulas pactuadas devem observar o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais legislações e regulamentações em vigor.

Art. 5º As seguintes práticas e condutas são vedadas na contratualização entre Operadoras e Prestadores:

I - qualquer tipo de exigência referente à apresentação de comprovantes de pagamento da contraprestação pecuniária quando da elegibilidade do beneficiário junto ao Prestador;

II - qualquer tipo de exigência que infrinja o Código de Ética das profissões ou ocupações regulamentadas na área da saúde;

III - exigir exclusividade na relação contratual;

IV - restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do Prestador;

V - estabelecer regras que impeçam o acesso do Prestador às rotinas de auditoria técnica ou administrativa, bem como o acesso às justificativas das glosas;

VI - estabelecer quaisquer regras que impeçam o Prestador de contestar as glosas, respeitado o disposto nesta norma;

VII - estabelecer formas de reajuste condicionadas à sinistralidade da operadora; e

VIII - estabelecer formas de reajuste que mantenham ou reduzam o valor nominal do serviço contratado.

Parágrafo único. As vedações dispostas nos incisos V e VI só se aplicam se o envio do faturamento for feito no Padrão TISS vigente.

Art. 6º Deve haver previsão expressa que a troca de informações dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde entre a operadora e o Prestador só poderá ser feita no padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS vigente.

Art. 7º O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o da comarca de prestação de serviço do Prestador.

#### Seção I - Do Objeto, Natureza do Contrato e Descrição dos Serviços Contratados

Art. 8º O objeto e a natureza do contrato devem ser expressos, incluído o regime de atendimento e os serviços contratados. Parágrafo único. Deve haver previsão expressa sobre a possibilidade de exclusão ou inclusão de procedimentos durante a vigência do contrato.

Art. 9º Os serviços contratados pela operadora devem ser descritos por procedimentos, de acordo com a Tabela de Terminologia Unificada em Saúde Suplementar - TUSS, vigente.

Art. 10. Deve haver previsão expressa que é vedada a exigência de prestação pecuniária por parte do Prestador ao beneficiário de plano de saúde, por qualquer meio de pagamento, referente aos procedimentos contratados, excetuado os casos previstos na regulamentação da saúde suplementar de Mecanismos de Regulação Financeira.

#### Seção II - Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados

Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.

Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.

§ 1º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição

do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.

§ 2º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.

§ 3º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1º (primeiro) de janeiro de cada ano.(...)"

**Apontamentos técnicos das defesas. Honorários de visitas médicas (Protocolo nº 182583/18 e Documento Externo nº 83160/18). Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho.**

No relatório preliminar, consta que foram realizadas quatro sessões de Diálise Peritoneal Intermitente – DPI, em um dia. A defesa alega que foram quatro procedimentos realizados (nos dias 4, 5, 6 e 7 de abril de 2014), juntando o prontuário médico para comprovação (fls. 6 a 10)

**Resposta Qualirede:**

A partir da análise do prontuário disponibilizado foi verificado que em Folha avulsa, sem identificação do paciente, sem data, sem identificação do profissional (carimbo ou assinatura) , com evolução manual, supostamente dia 04/04/2014 pela evolução clínica do paciente.

Identificado nesse documento: " 9h Acionado Dr. Donizetti: passar cateter de tenkoff"

Evolução dia 04/04/2014

Evolução manual sem identificação do profissional (carimbo ou assinatura)

"18 h: Conversado com Dr. Donizetti, ..... (ilegível), DPI (5min:25 e 35 min drenagem 120 ml líquido)"

Evolução manual sem identificação do profissional (carimbo ou assinatura)

"2h: Diálise funcionando (após avaliação da nefro)"

Evolução dia 05/04/2014 -

Evolução manual sem identificação do profissional (carimbo ou assinatura) ou horário.  
" Foi aumentado concentração pelo nefro (Dr. Donizetti)"

Evolução dia 07/04/2018 - óbito às 23:30

Nas 4 folhas encontradas de controle de diálise peritoneal, que compreendem o período de 04/04 a 07/04, também não foram verificadas evoluções, assinaturas ou carimbos do referido nefrologista. Nas evoluções desses controles, temos apenas um profissional identificado (Aluizio C. Baroni, Tec. Enfermagem, COREN-PR 880.915), os outros profissionais envolvidos no ato, assinaram apenas o primeiro nome, não sendo possível assim identificá-los. Também é necessário pontuar que apenas uma folha tem identificação completa do paciente, com etiqueta de identificação, duas delas apresenta apenas o primeiro nome do paciente escrito à mão e uma não tem nenhuma identificação.

Chama atenção, que conforme o relatório preliminar sobre as contas do paciente R.M.S.J., em sua página 21, consta como quantidade 1 devida do procedimento 3.10.08.01-1 (Diálise Peritoneal Intermitente) ao referido profissional, tendo sido cobrada quantidade 4. Porém, não foi encontrada evolução médica que justifique a quantidade devida informada no relatório.

Como contribuição citamos abaixo normativas como referência:

Segundo, RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5:

RESOLVE:

Art. 3º - Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 5º - Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

Segundo o Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009:

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

**Alexandre Martins Luiz**

Enfermeiro Auditori (Coordenador)

COREN/SC 320.226

**Carlos Eduardo Porsch**

Responsável Técnico

CRM/SC 14229