

**Administrador (a)  
Faturamento**

<b>MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS SOBRE AUDITORIA NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR - 2016</b>
---

Prezados (as) Senhores (as),

O DENASUS com objetivo de apresentar orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar contemplando as atualizações dos procedimentos, dos sistemas SIH e SIA e da legislação vigente, preparou um caderno detalhando todas essas mudanças e atualizações.

O conteúdo esta organizado em 5 tópicos que podem ajudar na auditoria ambulatorial e hospitalar.

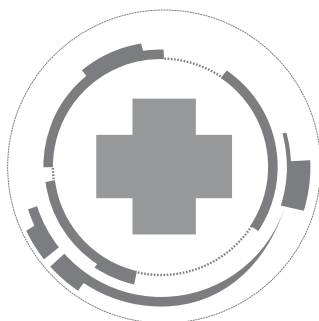
Segue em anexo copia do manual

**Maria Fátima da Conceição**  
**Superintendente Técnica**  
Hm

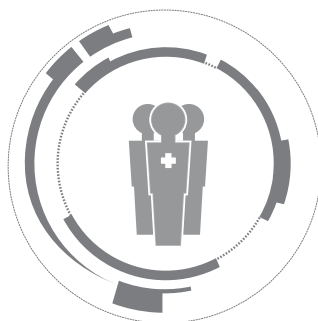
# Auditoria nas Assistências Ambulatorial e Hospitalar no SUS: orientações técnicas

Ambulância  
Remédio  
Tratamento  
Acompanhamento  
Cura

Posto de Saúde  
Equipamento  
Diagnóstico



Atenção Básica  
Médico  
Hospital  
Enfermeira



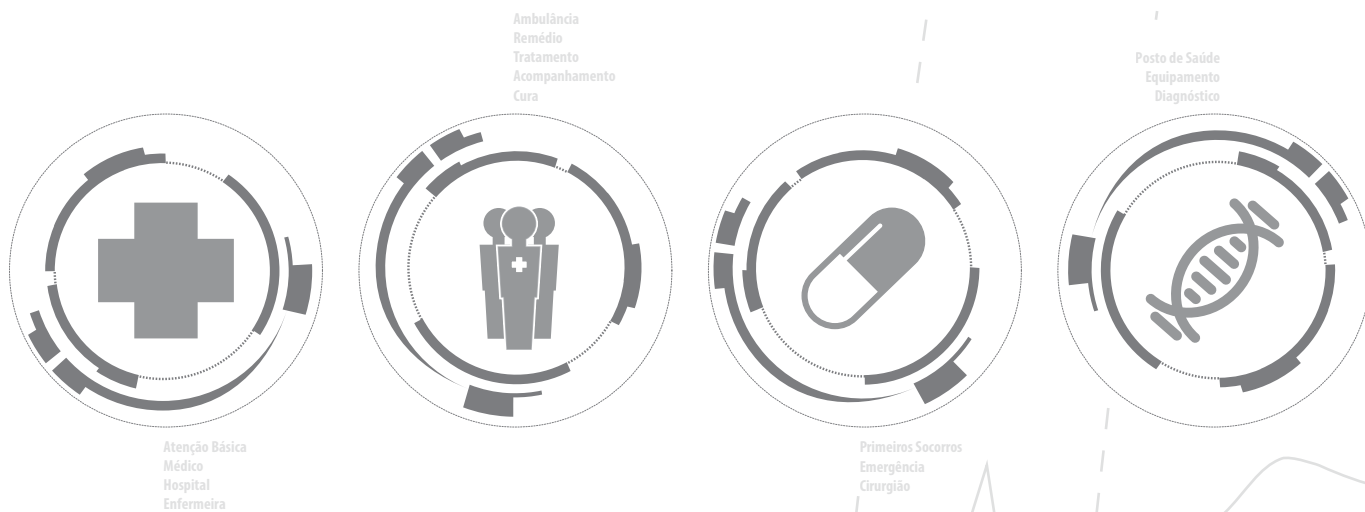
Primeiros Socorros  
Emergência  
Cirurgia



1ª edição  
1ª reimpressão



# Auditoria nas Assistências Ambulatorial e Hospitalar no SUS: orientações técnicas



1ª edição  
1ª reimpressão

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da

Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2016 – 100 exemplares

*Edição, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e  
Cooperação Técnica  
Setor de Administração Sul, Trecho II, lotes 5/6, Edifício Premium,  
Torre I, 2º andar  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7937/3315-7935/3315-7915  
E-mail: [gabinetedenasus@saude.gov.br](mailto:gabinetedenasus@saude.gov.br)

*Organização:*

Ayres Pereira da Costa Neto  
Nivaldo Valdemiro Simão  
Orildo Cesar Lopes  
Sonia C. Pereira da Costa

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Delano de Aquino Silva  
Revisão: Khamila Silva e Silene Lopes Gil  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS.  
Auditoria nas assistências ambulatorial e hospitalar no SUS : Orientações técnicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.  
160 p. : il.

ISBN 978-85-334-2297-1

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

CDU 614.2:336.146

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0185

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Auditing in outpatient and hospital assistance in the Unified Health System (SUS/Brazil): technical guidelines  
Em espanhol: Auditoría en la asistencia de ambulatorio y hospitalaria en el Sistema Único de Salud (SUS/Brasil): orientaciones técnicas

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	7
1 INTRODUÇÃO .....	9
2 FASE ANALÍTICA .....	11
2.1 Procedimentos Rotineiros .....	11
2.1.1 Sistema de Informações Hospitalares - SIH .....	11
2.1.2 Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA .....	18
3 FASE OPERATIVA .....	23
3.1 Procedimentos Rotineiros .....	23
3.2 Documentos a Serem Solicitados no Comunicado de Auditoria - CA .....	23
3.3 Documentos a Serem Analisados na(s) Unidade(s) Auditada(s) .....	24
3.3.1 Prontuário Médico .....	24
3.3.2 Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar - AIH .....	26
3.3.3 Laudo Médico para Solicitação de Mudança de Procedimento(s) e de Procedimento(s) Especial(is) .....	26
3.3.4 Laudo para Solicitação e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial .....	26
3.3.5 Demonstrativo de Apac por Meio Magnético .....	26
3.3.6 Formulário de Controle de Frequência Individual .....	26
3.3.7 Nota Fiscal da OPM utilizada .....	26
3.3.8 Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C Magnético .....	27
3.3.9 Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I Magnético .....	27
3.3.10 Livros de Registros .....	27
3.3.11 Espelho de AIH .....	28
3.4 Fase Operacional da Auditoria na(s) Unidade(s) Hospitalar(es) .....	32
3.4.1 Estrutura e/ou Funcionalidade .....	32
3.4.2 Informações Importantes - Incremento .....	33
3.5 Fase Operacional da Auditoria na(s) Unidade(s) Ambulatorial(is) .....	38
3.5.1 Estrutura e/ou Funcionalidade .....	38
3.6 Responsabilização dos Gestores .....	122

● 4 CÁLCULO DA DEVOLUÇÃO.....	123
4.1 No Sistema de Informações Hospitalares – SIH .....	123
4.1.1 Devolução nas AIHs de Cirurgia e Clínica Médica.....	123
4.1.2 Devolução do Valor de AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da Aids e Procedimentos Sequenciais.....	124
4.1.3 Devolução de Diária de UTI.....	125
4.1.4 Procedimentos Especiais.....	126
4.1.5 Hemoterapia.....	126
4.1.6 Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM.....	126
4.1.7 AIH Paga por Dia.....	126
4.1.8 AIH de Transplante.....	127
4.1.9 Diária de Acompanhante.....	127
4.1.10 Diária de Permanência a Maior .....	127
4.1.11 Devolução Contra Hospital Referência Estadual em Urgência e/ou Emergência Tipo I, II ou III.....	128
4.2 No Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA .....	128
4.3 Cobrança de Valores a Pacientes .....	129
● 5 LEGISLAÇÃO APLICÁVEL.....	131
REFERÊNCIAS.....	139
ANEXOS.....	141
Anexo A – Relatórios e/ou Documentos de Entrada do SIA/SUS.....	141
Anexo B – Relatórios e/ou Documentos de Entrada do SIH/SUS .....	153

# APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede de saúde hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal. É, pois, um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução. Para acompanhar esse processo foram desenvolvidos diferentes sistemas e redes de informações estratégicas, gerenciais e operacionais.

Nos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) são registradas a produção e o pagamento de procedimentos realizados pelo SUS que permitem a utilização desses dados em atividades de controle, tais como auditoria.

Esta publicação objetiva apresentar orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar contemplando atualizações dos procedimentos; do arcabouço legal; e dos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH).

Seu conteúdo visa detalhar esses sistemas de informações e trazê-los para a prática da auditoria, principiando na fase analítica, ao realizar uma minuciosa análise dos dados existentes, extrato ideal para se alcançar o resultado almejado na fase operativa. Esta publicação se destina aos auditores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA)<sup>1</sup> contribuindo, assim, para seu fortalecimento.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS/SGEP/MS, coordenador do SNA, elabora e atualiza orientações técnicas sobre temas de interesse da auditoria no âmbito do SUS, bem como colabora para a capacitação dos profissionais e/ou auditores que atuam nessa área.

---

<sup>1</sup> O SNA é o conjunto de órgãos e unidades instituídos em cada esfera de governo, União, estados, municípios e Distrito Federal, sob a supervisão da direção do Sistema Único de Saúde (SUS), com atribuição de realizar auditoria no SUS.





# INTRODUÇÃO

# 1

Esta publicação contém orientações para a realização de auditoria em assistência hospitalar e ambulatorial, com foco nos Sistemas de Informações Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) do SUS, a partir de dados disponibilizados em relatórios gerados por esses sistemas.

A atividade de auditoria no âmbito do SNA está organizada em fases: analítica, operacional e de relatório. O foco desta publicação são as etapas analítica e operacional.

O conteúdo da publicação está organizado em cinco tópicos que detalham os conhecimentos necessários para realizar a atividade de auditoria em assistência hospitalar e ambulatorial, dispostos na sequência dessa atividade.

Na fase analítica, Tópico 2, são abordados os passos a serem observados na execução da atividade, os sistemas informatizados a serem consultados, os documentos a serem solicitados e as orientações sobre o foco na análise dos dados dos sistemas e dos documentos.

Na fase operativa, Tópico 3, são abordados os passos a serem observados na execução da atividade, os documentos a serem solicitados e as orientações sobre o foco da análise desses documentos.

Nos tópicos seguintes são apresentadas orientações sobre o cálculo dos valores a serem devolvidos, a legislação utilizada na elaboração desta publicação, os modelos de relatórios e os formulários do SIA/SUS e SIH/SUS.



# FASE ANALÍTICA

# 2

Na fase analítica de auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar do SUS é realizada a avaliação do objeto a ser auditado. Permite traçar o perfil de um sistema, atividade ou serviço.

Tendo como referência o objeto a ser auditado, identificam-se os documentos e ou dados disponíveis em sistemas informatizados a serem avaliados. A fase analítica é finalizada com a elaboração do relatório que poderá, inclusive, subsidiar a formulação de constatações da fase operativa *in loco*.

## 2.1 Procedimentos Rotineiros

Para a realização da fase analítica da auditoria assistencial ambulatorial e hospitalar serão avaliados:

### 2.1.1 Sistema de Informações Hospitalares – SIH

O SIH disponibiliza informações das internações efetuadas por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e coleta mais de 50 variáveis relativas às internações como: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc.

Na fase analítica no SIH/SUS é necessário retratar o perfil da unidade a ser auditada, para tanto utilizam-se os relatórios, documentos gerenciais e sistemas a seguir:

1. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) disponível na página da internet <<http://cnes.datasus.gov.br>>.
2. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap) disponível na página da internet <<http://sigtap.datasus.gov.br>>.
3. Relatório de Frequência de Procedimentos – elaborar utilizando o programa Tabnet/Tabwin.
4. Relatório Demonstrativo de AIHs pagas por competência – relatório elaborado pela equipe de Auditoria com o uso do arquivo RD no aplicativo Tabwin/DATASUS, considerando o período a ser auditado.
5. Relatório de Serviços Profissionais (SP) – relatório elaborado pela equipe de Auditoria com o uso do arquivo SP no aplicativo Tabwin/DATASUS, considerando o período a ser auditado.

6. Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado e/ou Realizado e OPM Utilizados – relatório disponibilizado por competência pelo DATASUS, no site <<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/outras documentos>>.
7. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
8. Sistema de Controle de Óbito da Previdência Social (Sisobi/Dataprev).

Figura 1 – 1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**Ministério da Saúde**  
**CNESNet**  
 Secretaria de Atenção à Saúde  
 DATASUS

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas Documentação Fale Conosco

**Estabelecimento de Saúde**

Identificação  
 CADASTRADO NO CNES EM: 3/9/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 5/8/2014 ULTIMA CERTIDÃO NEGATIVA: 02/08/2012

Veja onde se localiza: Exibir Ficha Reduzida por Competência Exibir Ficha Reduzida Atual

Nome: CNES: CNPJ:  
 Nome Empresarial: CPF: Personalidade:  
 Logradouro: Número: Telefone:  
 RUA PAPI JUNIOR  
 Complemento: Bairro: CEP: Município: UF:  
 Tipo Estabelecimento: Sub Tipo Estabelecimento: Esfera Administrativa: Gestão: MUNICIPAL  
 Natureza da Organização: Dependência:  
 Número Alvará: Órgão Expedidor: Data Expedição:

**Módulos:**

Básico	Conjunto	Ambulatorial	Hospitalar	Mantenedora	Profissionais
Habilitações	Regras Contratuais	Contrato de Gestão	Incentivos	Equipes	Residência Terapêutica
Telessaúde	Org. Parceiras	Ger/Adm (Terceiro)			

Fonte: <[cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br)>.

O CNES é a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, visa disponibilizar informações das atuais condições e infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas de gestão: federal, estadual e municipal; e administrativas: públicos, privados e filantrópicos, prestadores de serviços ao SUS ou não. É constituído pelos módulos (Figura 1):

- **Identificação:** nome, código do CNES, número do CNPJ, natureza, endereço, telefone, tipo de estabelecimento, esfera administrativa, gestão e alvará sanitário.
- **Básico:** caracterização, infraestrutura, atividade, atendimentos, vínculo e endereço complementar.
- **Conjunto:** informações gerais, equipamentos e vínculo com cooperativas.
- **Ambulatorial:** diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.
- **Hospitalar:** leitos por especialidade, complementares e total (existentes e SUS).
- **Mantenedora:** indica o nome, se for o caso, da entidade que a mantém.
- **Profissionais:** nome, CNS, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), carga horária semanal, vínculo empregatício e situação.
- **Habilitações:** código e a descrição das existentes.
- **Regras Contratuais:** se existir – código e a descrição das existentes.
- **Contrato de Gestão e Metas:** se existir – código e a descrição das existentes.

- **Incentivos:** Integrasus, IAE-PI etc.
- **Equipes.**
- **Residência Terapêutica.**
- **Telessaúde.**
- **Organizações Parceiras.**
- **Gerência e/ou Administração de Terceiro.**

**Nota:** É relevante frisar a importância da correlação do CNES com outros relatórios.

Figura 2 – 2. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – Sigtap

The screenshot shows the SIGTAP web interface. The browser address bar displays `sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar`. The page title is "SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS". The user is logged in as "público". The left sidebar contains links for "Procedimento", "Compatibilidades", "Tabelas", and "Relatórios". The main content area is titled "Consultar Procedimento Publicado". It features a search form with the following fields: "Grupo:" (a dropdown menu), "Sub-Grupo:" (a dropdown menu), "Forma de Organização:" (a dropdown menu), "Código:" (a text input), "Nome:" (a text input), "Origem:" (a dropdown menu), "Código:" (a text input), "Documento de Publicação:" (a section with "Documento:" and "Número:" dropdowns, and "Tipo:" and "Ano:" text inputs), and "Competência:" (a dropdown menu set to "07/2014").

Fonte: <sigtap.datasus.gov.br>.

Figura 3 – 2. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – Sigtap

The screenshot shows the SIGTAP web interface displaying the details of a specific procedure. The browser address bar displays `sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0405050372/0`. The page title is "SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS". The user is logged in as "público". The left sidebar contains links for "Procedimento", "Compatibilidades", "Tabelas", and "Relatórios". The main content area is titled "Procedimento Publicado". It displays the following information: "Procedimento: 04.05.05.037-2 - PACOBUSSIFICADO O IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL", "Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos", "Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do segmento da visão", "Forma de Organização: 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino", "Competência: 07/2014", "Modelidade de Atendimento: Ambulatorial, Hospitalar, Hospital Dia", "Complexidade: Alta Complexidade", "Tipo de Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)", "Sub-Tipo de Financiamento: AM (Proc. Principal), APAC (Proc. Principal)", "Instrumento de Registro: AMOP", "Anexo: 1", "Módulo de Permanência: 1", "Quantidade Máxima: 1", "Idade Mínima: 0 meses", "Idade Máxima: 130 anos", "Pontos: 236", "Atributos Complementares: Inclui valor de anestesia, Cirurgias Eletivas - Componente I", "Valores: Serviço Ambulatorial: R\$ 643,00, Serviço Hospitalar: R\$ 535,00, Total Ambulatorial: R\$ 643,00, Serviço Profissional: R\$ 107,20, Total Hospitalar: R\$ 643,00", "Descrição: CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA O TRATAMENTO DE CATARATA (BENIG, TRAUMÁTICA, CONJUNTIVA, OCULAR E OUTRAS) COM USO DE PACOBUSSIFICADOR COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL ACRÍLICA OU DE SILICONELENTE INCLUSA NO PROCEDIMENTO".

Fonte: <sigtap.datasus.gov.br>.

O Sigtap é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Permite a geração de inúmeros relatórios e disponibiliza informações atualizadas, tais como: procedimento por grupo, subgrupo, forma de organização, código, nome, descrição do procedimento, CID compatível, leito compatível, serviço/classificação, habilitação, incremento, modalidade de atendimento, complexidade do procedimento, tipo de financiamento, instrumento de registro, sexo compatível com o procedimento realizado, média de permanência, quantidade máxima, idade mínima, idade máxima, pontos, atributos complementares (exemplos: permite alta direta da UTI, admite liberação de quantidade, admite permanência à maior, não permite mudança de procedimento), conforme figuras 2 e 3.

O sistema também fornece relatórios com atributos (filtros), por exemplo: descrição de relacionamentos e de compatibilidade.

**Figura 4 – 3. Relatório de Frequência de Procedimentos das AIHs Pagas – Gerado pelo Tabwin**

Proc realiz (2008)	Frequência	Valor Total	Valor SH	Valor SP
Total	4.404	14.724.561,37	11.391.371,58	
0418020050 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	689	8.470.883,40	4.075.236,34	
0304180013 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS DE PACIENTE ONCOLOGICO	419	376.690,66	337.791,50	
0418090133 RESSECCAO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	226	1.192.153,23	623.474,15	
0304090018 ICDOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREOIDE (150 ICD)	206	265.719,40	231.113,68	
0304090028 ICDOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREOIDE (100 ICD)	166	177.635,40	125.874,48	
0418080081 RECONSTRUCAO C/ RETALHO MOCUTANEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	182	685.198,37	552.869,71	
0418120024 MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	161	500.538,83	330.554,06	
0418080064 HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	133	883.990,67	700.267,03	
0304180021 TRATAMENTO CLINICO DE PACIENTE ONCOLOGICO	130	237.842,61	212.103,77	
0304080020 INTERNACAO P/ QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA	111	189.258,53	169.164,62	
0301080070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	103	4.159,14	3.138,41	
0418010139 PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	84	462.375,75	367.552,06	
0418010172 RESSECCAO ENDOSCOPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	76	112.894,38	92.453,22	
0418120040 RESSECCAO DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA COM MARCACAO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	75	146.279,77	96.858,42	
0418030070 TROFECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	59	200.451,80	158.459,90	
0404010377 TRAQUEOSTOMIA	57	159.783,88	117.670,46	
0418080030 EXCISAO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELLE EM ONCOLOGIA	56	31.720,93	24.685,93	
0405040142 ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	53	27.238,56	15.906,74	
0304090034 ICDOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREOIDE (200 ICD)	52	75.508,64	60.200,40	

Fonte: DATASUS – arquivos reduzidos (RD) da AIH – Brasil – 2008.

Esse relatório permite verificar os procedimentos mais frequentes, o Valor Total, o Valor dos Serviços Hospitalares (SH) e dos Serviços Profissionais (SP), o Valor de UTI, Óbitos e Dias de Permanência, a fim de identificar indícios de possíveis irregularidades e/ou distorções. Serve também para efetuar os cálculos dos indicadores de saúde na assistência hospitalar, conforme Figura 4.

Quando confrontado com o CNES, permite identificar indícios de distorções quanto à produção dos procedimentos apresentados referentes à capacidade física e de recursos humanos da unidade assistencial.

O Relatório de Frequência de *Procedimentos das AIHs Pagas* também propicia:

- Relacionar a frequência por procedimentos.
- Comparar hospitais de mesmo porte e de portes diferentes.
- Cruzar os diversos relatórios: Estado x Município, Estado x Hospital, Município x Hospital, Hospital x Hospital, revelando vários outros dados e ampliando a busca de informações.
- Identificar situações sazonais.
- Avaliar a média de permanência por procedimentos.
- Verificar valor médio por procedimentos.
- Calcular o quantitativo de óbitos por procedimentos.
- Analisar o quantitativo de diárias de UTI pagas por procedimentos.
- Identificar o quantitativo de diárias cobradas por procedimentos.

**Nota:** Recomenda-se que sejam extraídos os procedimentos mais frequentes.



Figura 5 – 4. Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	MÊS	Nº AIH	DT_INTER	DT_SAIDA	PROC_SOLIC	PROC_REA	NASC	SEX	COB	DIAG_PRINC	VAL_TOT	HOM	GESTOR_CPF
2	01	2313100002708	20130103	20130106	0416080081	0416080081	19590103	1	12	C499	3.359,04	0	0000000000000000
3	01	2313100002752	20130103	20130106	0401020053	0401020053	19540129	1	12	C448	356,81	0	0000000000000000
4	01	2313100002774	20130103	20130106	0410010057	0410010057	19640724	3	12	C508	1.164,84	0	0000000000000000
5	01	2313100002785	20130104	20130109	0404010113	0404010113	19350805	3	12	D020	227,10	0	0000000000000000
6	01	2312105247969	20121213	20121219	0407040161	0407040161	19500518	1	12	C168	727,89	2	000010776320459
7	01	2312105247980	20121224	20130104	0407040242	0407040242	19521219	1	12	R100	1.017,99	2	000010776320459
8	01	2312105257880	20121219	20121227	0409010294	0409010294	19430930	1	22	N288	825,61	2	000002246331471
9	01	2312105257902	20121212	20130110	0415010012	0415010012	19390918	1	12	C678	15.257,65	2	000022053905387
10	01	2312105247991	20121213	20121228	0416010040	0416010040	19500628	3	12	C675	6.181,46	2	000004676807368
11	01	2313100002830	20130103	20130105	0410010120	0410010120	19410318	3	12	D486	803,53	0	0000000000000000
12	01	2313100002895	20130104	20130108	0404010377	0404010377	19571108	3	27	C73	554,73	2	000009273328334
13	01	2313100002906	20130104	20130106	0410010120	0410010120	19770317	3	12	D486	811,53	0	0000000000000000
14	01	2313100002939	20130103	20130106	0416080081	0416080081	19580727	3	12	C499	4.103,04	0	0000000000000000
15	01	2313100002950	20130104	20130105	0416090109	0416090109	19630612	1	12	C408	3.167,88	0	000009273328334
16	01	2313100002961	20130104	20130105	0201010321	0201010321	19780215	3	12	D480	212,78	0	0000000000000000
17	01	2313100002884	20130104	20130108	0416020160	0416020160	19680720	3	12	C770	2.557,73	0	0000000000000000
18	01	2313100003005	20130103	20130105	0416010172	0416010172	19391120	1	12	D090	1.056,42	0	0000000000000000
19	01	2312105247804	20121203	20121210	0304100013	0304100013	19370316	1	22	C64	1.114,27	2	000020562535420
20	01	2312105247860	20121211	20121223	0304100021	0304100021	19370316	1	41	C64	1.097,88	2	000020562535420

Fonte: DATASUS – arquivos reduzidos (RD) da AIH – Brasil – 2008.

O Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas é resultado dos arquivos com extensão DBC, que podem ser abertos no Excel com todos os dados da AIH, com exceção do nome do paciente. São individualizados por hospital e refletem todos os serviços prestados e pagos por meio da AIH. São também apresentados sob a forma de colunas: Mês de competência; Número da AIH; Data de internação; Data de saída; Procedimento Solicitado; Procedimento Realizado; Data de nascimento; Sexo do paciente; Motivo do Encerramento; CID principal; Valor total da AIH; Homônimo; e CPF do Gestor, conforme Figura 5.

Esse relatório possui atualmente 95 colunas. Além das selecionadas anteriormente, também são importantes para a fase analítica: Diárias de UTI, Diárias de Acompanhante, Valor de SH e SP, Valor de UTI, Dias de Permanência, Óbito, Caráter do Atendimento Sequencial da AIH, entre outros.

O Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas é de grande valia na seleção das AIHs com indicativos de distorções, para realização de fase operativa da auditoria, na medida em que permite identificar se o procedimento cobrado foi indevido.

Figura 6 – 5. Relatório de Serviços Profissionais – SP

ANO	MÊS	IPAIH	PROCREA	INTER	SAIDA	ATOPRNF	QTD ATO	PISP	RF	VALATO	PF_CBO	SP_PF_DOC	SP_P1_DOC	CODPR
2013	03	2312103855457	0304090034	20121017	20121018	0304090034	1	50		313,62	225315	210158282740003	00000002723220	C73
2013	03	2312103855457	0304090034	20121017	20121018	0304090034	0	0		1.157,70	000000	0000000000000000	00000002723220	C73
2013	01	2312103953863	0304100013	20121029	20121031	0304100013	2	240		16,30	225125	980016003729924	00000002723220	C80
2013	01	2312103953863	0304100013	20121029	20121031	0304100013	0	0		75,56	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0304100013	7	840		57,05	225125	980016003729924	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0212010026	8	0		136,32	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0205020038	1	0		24,20	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0306020068	3	0		25,17	225185	980016003687814	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0212010034	3	0		51,12	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0306020076	5	0		41,95	225185	980016003687814	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0305010042	4	0		445,68	225109	207428302380004	00000002552078	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0309010071	3	0		180,00	223710	980016278017917	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0802010040	7	0		56,00	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0204030170	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010094	3	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010317	3	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202020380	2	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010643	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010651	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010635	2	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010210	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010562	2	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010538	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010732	2	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0205020054	1	0		24,20	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010228	1	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0304100013	3	0		264,46	000000	0000000000000000	00000002723220	C80
2013	01	2312103997918	0304100013	20121105	20121112	0202010600	2	0		0,00	000000	0000000000000000	00000003098222	C80

Fonte: DATASUS – arquivos serviços profissionais (SP) da AIH – Brasil – 2008.



*Relatório de Serviços Profissionais (SP)* é resultante de arquivos com extensão DBC, que podem ser abertos no Excel com os dados lançados na tela Serviços Realizados da AIH. São individualizados por hospital e apresentados sob a forma de colunas: Ano; Mês de competência; Número da AIH; Procedimento Realizado; Ata de internação; Data de saída; CNPJ/CPF (identifica o credor do ato); Atos Profissionais Executados; Quantidade de Atos; Pontos (rateio de SP); Nota Fiscal (OPM); Valor do Ato; CBO Executante; PF DOC (CPF/CNS pessoa física executante do procedimento); PJ DOC (CNES/CNPJ pessoa jurídica executante/fornecedor do procedimento) e CID, conforme Figura 6.

Esse relatório é de grande importância na fase analítica, e também na fase operativa, quando seus dados devem ser confrontados com o Espelho de AIH nos prontuários apresentados pela unidade auditada.

Permite verificar se há indicativo de lançamentos e/ou cobranças indevidas na AIH de procedimentos especiais (OPM, diária de acompanhante, diária de UTI, Fisioterapia, Hemoterapia, tomografia computadorizada etc.) e secundários (VDRL, hemograma, raios-X simples de tórax etc.), assim como, se há indícios de cobranças indevidas dos procedimentos principais (cirurgias múltiplas, procedimentos sequenciais e politraumatizado).

**Figura 7 – 6. Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado e/ou Realizado e OPM Utilizados**

Ministério da Saúde - Secretaria Executiva - Departamento de Informática do SUS Centro Tecnológico de Informática do SUS Relatório de Procedimento Solicitado/Realizado e OPM Utilizados Por Competência/UF/Município - Competência = 2013/01	
=====	
<div style="background-color: #004a7a; height: 40px; width: 100%;"></div>	
MATERIAL	= 0702050040 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
FORNECEDOR	= 72158165/0001-05 PINHEIRO COMERCIO IMPORTACAO, EXPORT
FINANCIAMENTO	= 06 MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)
QTD	= 1 VLR =254,00 NOTA FISCAL =00039501
<hr/>	
MATERIAL	= 0702050281 - GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL
FORNECEDOR	= 72158165/0001-05 PINHEIRO COMERCIO IMPORTACAO, EXPORT
FINANCIAMENTO	= 06 MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)
QTD	= 1 VLR =959,40 NOTA FISCAL =00039501
<hr/>	
MATERIAL	= 0702050288 - GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
FORNECEDOR	= 72158165/0001-05 PINHEIRO COMERCIO IMPORTACAO, EXPORT
FINANCIAMENTO	= 06 MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)
QTD	= 1 VLR =1.033,00 NOTA FISCAL =00039501

Fonte: DATASUS – arquivo laih66.zip.

O *Relatório Comparativo entre Procedimento Solicitado e/ou Realizado e OPM Utilizados* discrimina todas as órteses, próteses e materiais especiais utilizados por UF, por estabelecimento, numa determinada competência. Permite verificar as variáveis: N° da AIH paga com OPM; Procedimento Solicitado (código e denominação); Procedimento Realizado (Código e denominação); Material (OPM) cobrado (código e denominação); Fornecedor de OPM (CNPJ e Nome da empresa); Tipo de Financiamento; Quantidade de OPM cobrada; Valor de OPM cobrado; Nota Fiscal (número), conforme Figura 7.

Esse relatório é também útil na fase operativa, quando seus dados devem ser confrontados com o Espelho de AIH<sup>2</sup> nos prontuários apresentados pela unidade auditada. Mostra nominalmente o procedimento realizado, o material utilizado e o seu fornecedor.

### 2.1.1.1 Sistema de Informações Sobre Mortalidade - SIM

O SIM disponibiliza dados sobre mortalidade no País e possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis, construir indicadores e processar análises epidemiológicas.

Na fase analítica deve-se cruzar a data do óbito do paciente constante do SIM, com o motivo de encerramento lançado no relatório gerencial de Apac ou de AIH.

Figura 8 – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

NOME	DT ÓBITO	NOME MAE	DT Nasc	Mun Ocor	CausaBás
	15032005		13032005	3113305	Q249
	29092005		27092005	3168606	Q898
	08102005		07102005	3168606	P285
	10082005		10082005	3168606	P015
	19102005		11082005	3168606	Q411
	10082005		10082005	3168606	P015
	20092005		20092005	3168606	P015
	08102005		07102005	3168606	P285
	08042005		08021906	3132305	R98
	07092005		22072005	3136207	R98
	24052005		22081933	3131307	I64
	02012005		15041825	3170206	C73
	04122005		09091948	3148103	K265
	25012005		15081927	3134400	J189
	23042005		12041934	3170206	R99
	11032005		10091923	3151800	I64
	22112005		20081916	3143104	I10
	19092005		11041950	3170206	I120
	25082005		17091924	3170206	J189
	13062005		03091959	3143104	K703
	27082005		29081944	3170107	I10
	06082005		15111952	3111507	C795
	12092005		16091923	3170206	V060
	05062005		01061933	3114303	J449
	16052005		27111938	3170107	N390
	14012005		22041920	3170404	J449

Fonte: SES/MG.

Para a fase analítica são utilizados apenas os dados das seguintes colunas do SIM: nome do falecido; data do óbito; nome da mãe; data de nascimento; código da unidade ou do município onde ocorreu o óbito e causa da morte (CID-10), conforme a Figura 8.

### 2.1.1.2 Sistema de Controle de Óbitos da Previdência Social – Sisobi

O **Sisobi** é um sistema informatizado de coleta e guarda das informações cadastrais e registros de óbitos comunicados ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pelos serviços de registro civil de pessoas naturais, com atualização mensal, sob responsabilidade dos cartórios civis.

Operado pelo INSS em coordenação com a **Dataprev**, o sistema tem como objetivo principal dar maior agilidade e segurança aos procedimentos de cancelamento de pagamentos indevidos, em virtude de óbitos de segurados da Previdência Social. Essas informações também podem ser disponibilizadas a outros órgãos e entidades públicas.

Figura 9 – Sistema de Controle de Óbitos da Previdência Social

	A	B	C	D	E	F
1	NOME FALECIDO	DT ÓBITO	NOME MAE FALECIDO	DT NASC FALECIDO	CO CARTÓRIO	UF
2		28/12/2009		09/03/1928	3671746000115	SC
3		18/12/2009		21/03/1932	3671746000115	SC
4		16/12/2009		03/03/1968	3671746000115	SC
5		30/12/2009		01/10/1966	3671746000115	SC
6		29/11/2009		21/01/1967	6176498000124	SC
7		30/11/2009		24/02/2002	6176498000124	SC
8		13/12/2009		05/06/1927	6176498000124	SC
9		18/12/2009		09/08/1926	6176498000124	SC
10		23/12/2009		28/11/1937	6176498000124	SC
11		19/12/2009		19/12/1957	6176498000124	SC
12		23/11/2009		17/11/1982	6176590000194	SC
13		30/11/2009		05/07/1919	6176590000194	SC
14		02/12/2009		11/12/1916	6176590000194	SC
15		29/11/2009		02/10/1979	6176590000194	SC
16		07/12/2009		24/07/1944	6176590000194	SC
17		28/11/2009		26/01/1994	6176590000194	SC
18		10/12/2009		10/03/1925	6176590000194	SC
19		15/12/2009		04/04/1940	6176590000194	SC
20		15/12/2009		10/01/1934	6176590000194	SC
21		16/12/2009		08/03/1912	6176590000194	SC
22		19/12/2009		19/11/1938	6176590000194	SC

Fonte: Dataprev/MPAS

Para a fase analítica são utilizados apenas os dados das seguintes colunas do Sisobi: nome do falecido; data do óbito; nome da mãe; data de nascimento; código do cartório onde foi lavrada a certidão de óbito e UF do cartório, conforme Figura 9.

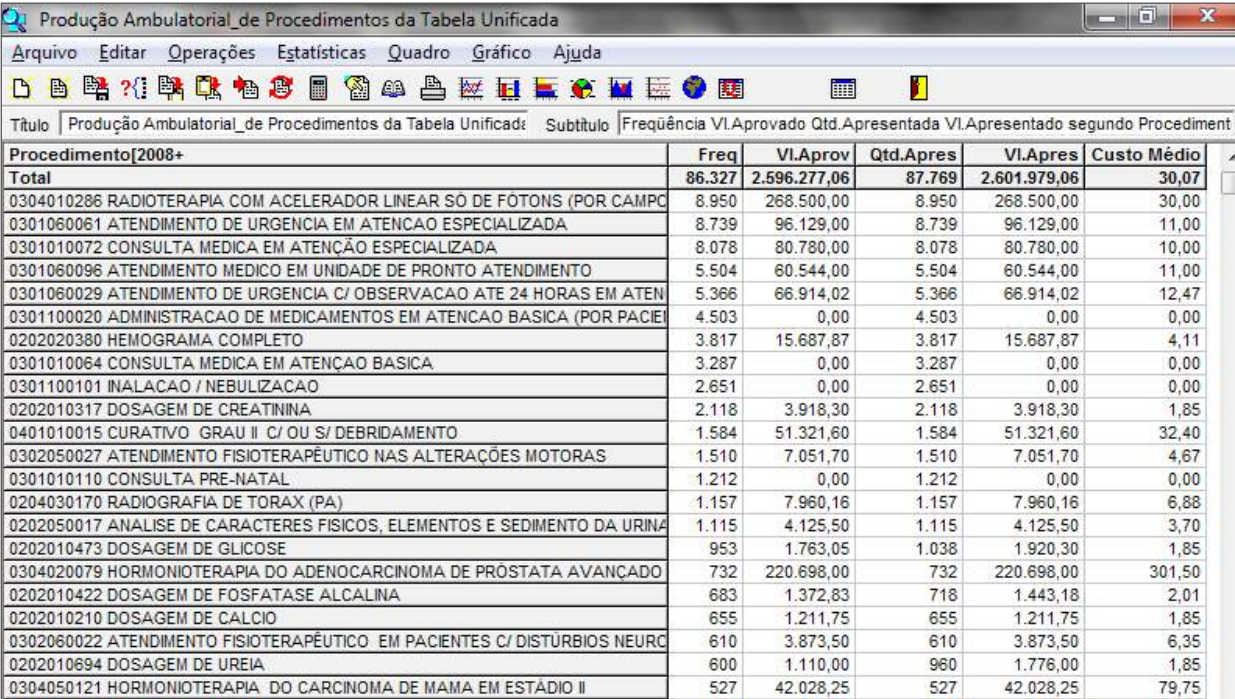
### 2.1.2 Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

O SIA disponibiliza o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilita a geração de informações, facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Na fase analítica no SIA/SUS, é necessário retratar o perfil da unidade a ser auditada, para tanto, utilizam-se os relatórios e/ou documentos gerenciais:

1. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – disponível na página da internet <<http://cnes.datasus.gov.br>>.
2. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap) – disponível na página da internet <<http://sigtap.datasus.gov.br>>.
3. Relatório de Frequência de Procedimentos – elaborar utilizando o programa Tabwin.
4. Relatório Demonstrativo de Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac) Apresentadas e/ou Aprovadas – extrair utilizando o programa Tabwin.
5. Relatório de Acompanhamento da Produção Físico-Orçamentária – disponível no aplicativo FPO magnético extraído pelo gestor local.
6. Relatório de Síntese de Produção Ambulatorial – extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS.
7. Relatório de Síntese de Produção de Apac – extraído pelo gestor municipal ou estadual após cada processamento do SIA/SUS.
8. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
9. Sistema de Controle de Óbito da Previdência Social (Sisobi/Dataprev).

Figura 10 – 3. Relatório de Frequência de Procedimentos Ambulatoriais Tabwin



Procedimento[2008+]	Freq	VI.Aprov	Qtd.Apres	VI.Apres	Custo Médio
Total	86.327	2.596.277,06	87.769	2.601.979,06	30,07
0304010286 RADIOTERAPIA COM ACCELERADOR LINEAR SÓ DE FOTONS (POR CAMPO	8.950	268.500,00	8.950	268.500,00	30,00
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	8.739	96.129,00	8.739	96.129,00	11,00
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	8.078	80.780,00	8.078	80.780,00	10,00
0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	5.504	60.544,00	5.504	60.544,00	11,00
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATEN	5.366	66.914,02	5.366	66.914,02	12,47
0301100020 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIEI	4.503	0,00	4.503	0,00	0,00
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	3.817	15.687,87	3.817	15.687,87	4,11
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BASICA	3.287	0,00	3.287	0,00	0,00
0301100101 INALACAO / NEBULIZACAO	2.651	0,00	2.651	0,00	0,00
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	2.118	3.918,30	2.118	3.918,30	1,85
0401010015 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1.584	51.321,60	1.584	51.321,60	32,40
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	1.510	7.051,70	1.510	7.051,70	4,67
0301010110 CONSULTA PRE-NATAL	1.212	0,00	1.212	0,00	0,00
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1.157	7.960,16	1.157	7.960,16	6,88
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1.115	4.125,50	1.115	4.125,50	3,70
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	953	1.763,05	1.038	1.920,30	1,85
0304020079 HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO	732	220.698,00	732	220.698,00	301,50
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	683	1.372,83	718	1.443,18	2,01
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	655	1.211,75	655	1.211,75	1,85
0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURC	610	3.873,50	610	3.873,50	6,35
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	600	1.110,00	960	1.776,00	1,85
0304050121 HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	527	42.028,25	527	42.028,25	79,75

Fonte: DATASUS – arquivos de produção ambulatorial (PA).

Esse relatório permite:

- Verificar as variáveis: procedimento, frequência, valor aprovado, quantidade e valores apresentados.
- Calcular o valor médio por procedimento.
- Calcular os indicadores assistenciais.
- Verificar indícios de distorções na formalização da Programação Físico-Orçamentária (FPO).
- Identificar apresentações indevidas de procedimentos.

A partir dessas informações, é possível avaliar os indicadores:

- Consulta, habitante, ano.
- Consulta x procedimentos com finalidade diagnóstica.

Figura 11 - 4. Demonstrativo de Apacs Apresentadas  
Exemplo: Apac Radioterapia

Estabelecimento		CNES										Munic									
2313200184647	1	201303	20130326	20130531	20130326	20130404	C329	0304010180	S	1	1	120,00	120,00	15	20130331	3	2	20109303	1		
2313200184647	1	201303	20130326	20130531	20130326	20130404	C329	0304010081	S	1	1	30,00	30,00	15	20130331	3	2	20109303	1		
2313200184647	1	201303	20130326	20130531	20130326	20130404	C329	0304010154	S	1	1	65,00	65,00	15	20130331	3	2	20109303	1		
Paciente		DT Nas: 19420221										Idade: 071		Sexo: M		Mãe:					
Nº APAC	TP APAC	CMP	DT Inic	DT Fim	DT Sol	DT Aut	CID PRINC	Proced	Doc Orig	QT Pro	QT Apro	Valor Prod	Valor Aprov	MOT SAI	OTOCOR	LINF	ESTAD	DTIDEN	FINALID		
2313200106569	1	201302	20130205	20130430	20130205	20130304	C349	0304010154	S	1	1	65,00	65,00	15	20130228	3	4	20130205	4		
2313200106569	1	201302	20130205	20130430	20130205	20130304	C349	0304010189	S	1	1	120,00	120,00	15	20130228	3	4	20130205	4		
2313200106569	1	201302	20130205	20130430	20130205	20130304	C349	0304010286	P	20	20	600,00	600,00	15	20130228	3	4	20130205	4		
2313200106569	1	201302	20130205	20130430	20130205	20130304	C349	0304010081	S	1	1	30,00	30,00	15	20130228	3	4	20130205	4		
Paciente		DT Nas: 19360226										Idade: 077		Sexo: F		Mãe:					
Nº APAC	TP APAC	CMP	DT Inic	DT Fim	DT Sol	DT Aut	CID PRINC	Proced	Doc Orig	QT Pro	QT Apro	Valor Prod	Valor Aprov	MOT SAI	OTOCOR	LINF	ESTAD	DTIDEN	FINALID		
2313200161030	1	201303	20130306	20130531	20130306	20130401	C599	0304010308	S	4	4	208,00	208,00	15	20130331	3	3	20109219	4		
2313200161030	1	201303	20130306	20130531	20130306	20130401	C599	0304010081	S	1	1	30,00	30,00	15	20130331	3	3	20109219	4		
2313200161030	1	201303	20130306	20130531	20130306	20130401	C599	0304010189	S	1	1	120,00	120,00	15	20130331	3	3	20109219	4		
2313200161030	1	201303	20130306	20130531	20130306	20130401	C599	0304010154	S	1	1	65,00	65,00	15	20130331	3	3	20109219	4		
2313200161030	1	201303	20130306	20130531	20130306	20130401	C599	0304010286	P	60	60	1.800,00	1.800,00	15	20130331	3	3	20109219	4		
2313200307891	1	201306	20130602	20130731	20130602	20130624	C599	0304010081	S	1	1	30,00	30,00	15	20130531	3	3	20109219	4		
2313200307891	1	201306	20130602	20130731	20130602	20130624	C599	0304010189	S	1	1	120,00	120,00	15	20130531	3	3	20109219	4		
2313200307891	1	201306	20130602	20130731	20130602	20130624	C599	0304010308	S	4	4	208,00	208,00	15	20130531	3	3	20109219	4		
2313200307891	1	201306	20130602	20130731	20130602	20130624	C599	0304010154	S	1	1	65,00	65,00	15	20130531	3	3	20109219	4		
2313200307891	1	201306	20130602	20130731	20130602	20130624	C599	0304010286	P	60	60	1.800,00	1.800,00	15	20130531	3	3	20109219	4		

quinta-feira, 24 de julho de 2014

Página 3 de 77

Fonte: COSIN/ DENASUS/SGEP/MS.

No *Demonstrativo de Apacs Apresentadas* podem se verificar as variáveis: CNES e Município da Unidade, Paciente, Data de Nascimento, Idade, Sexo, Nome da Mãe, N° de Apac, Tipo de Apac, CMP – Mês de Realização (competência), Data de Início, Data do Fim (da validade), Data da Solicitação, Data de Autorização, CID Principal, Código de Procedimentos, Origem (Principal e Secundário), Quantidade Produzida, Quantidade Aprovada, Valor Produzido, Valor Aprovado, Encerramento, Data de Ocorrência, Linfonodos, Estadiamento, Data do Exame Histopatológico, Finalidade, Total de Meses Planejados, Total de Meses Autorizados, Inscrição na Lista da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), Data da Primeira Diálise e Acesso Vascular.

As colunas do relatório demonstrativo de Apac variam conforme o procedimento a ser auditado.

As informações desse relatório devem ser cruzadas com as do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Controle de Óbito da Previdência Social (Sisobi/Dataprev).



O Relatório Demonstrativo de Apac Apresentadas e/ou Aprovadas permite identificar cobrança de procedimentos indevidos, sendo uma ferramenta para realização da fase operativa da auditoria.

Procedimentos que utilizam Apac como instrumento de registro são:

- Ultrassonografia de mama.
- Ressonância magnética de mama.
- Cateterismo cardíaco.
- Deficiência auditiva.
- Glaucoma.
- Diagnóstico de doenças raras
- Paciente submetido à ventilação mecânica não invasiva.
- Acompanhamento de paciente queimado.
- Acompanhamento de cirurgia bariátrica.
- Acompanhamento de paciente pré-dialítico.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Iodoterapia.
- Terapia renal substitutiva.
- Odontologia especializada.
- Litotripsia.
- Cirurgia ambulatorial eletiva.
- Relacionados transplantes.
- Medicamentos.

Figura 12 – 5. Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária - FPO

COMPETÊNCIA : JUN/2012									
RELATORIO DE ACOMPANHAMENTO DA FPO									
ESTAB. :									
MESES.....	F I S I C O .....			O R C A M E N T A R I O.....			D I F E R E N C A		
	PROGRAMADO	APROVADO	%	PROGRAMADO	APROVADO	%	APRESENTADO	DE PAGTO	
020502018 - ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL				- MAC N. APURACAO : 2 SUB. GRUPO					
JAN/12	5	7 140,00	7	121,00	169,40	140,00	169,40	0,00	
FEV/12	5	20 400,00	20	121,00	484,00	400,00	484,00	0,00	
MAR/12	5	20 400,00	20	121,00	484,00	400,00	484,00	0,00	
ABR/12	5	10 200,00	10	121,00	242,00	200,00	242,00	0,00	
MAY/12	5	19 380,00	19	121,00	459,80	380,00	459,80	0,00	
JUN/12	5	21 420,00	21	121,00	508,20	420,00	508,20	0,00	
020900000 - Diagnostico por endoscopia				- MAC N. APURACAO : 2 SUB. GRUPO					
JAN/12	112	37 33,04	37	5.228,21	1.771,72	33,89	1.771,72	0,00	
FEV/12	112	22 19,64	22	5.228,21	1.055,44	20,19	1.055,44	0,00	
MAR/12	112	27 24,11	27	5.228,21	1.292,16	24,72	1.292,16	0,00	
ABR/12	112	32 28,57	32	5.228,21	1.527,86	29,22	1.527,86	0,00	
MAY/12	112	45 40,18	45	5.228,21	2.121,30	40,57	2.121,30	0,00	
JUN/12	112	35 31,25	35	5.228,21	1.674,38	32,03	1.674,38	0,00	
030100000 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos				- MAC N. APURACAO : 2 SUB. GRUPO					
JAN/12	5145	5056 98,27	5622	58.798,53	58.789,73	99,99	65.847,75	0,00	
FEV/12	5145	5034 97,84	5301	58.798,53	58.781,75	99,99	62.121,24	0,00	
MAR/12	5145	5072 98,58	6163	58.798,53	58.798,15	100,00	72.402,92	0,00	
ABR/12	5145	5018 97,53	5957	58.798,53	58.787,74	99,98	70.497,07	0,00	
MAY/12	5145	5005 97,28	5669	58.798,53	58.790,27	99,99	67.070,35	0,00	
JUN/12	5145	4475 86,98	4475	58.798,53	52.697,14	89,62	52.697,14	0,00	
030101007 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA				- MAC N. APURACAO : 4 PROCED.					
JAN/12	1550	1174 75,74	1174	15.500,00	11.740,00	75,74	11.740,00	0,00	
FEV/12	1550	1008 65,03	1008	15.500,00	10.080,00	65,03	10.080,00	0,00	
MAR/12	1550	1143 73,74	1143	15.500,00	11.430,00	73,74	11.430,00	0,00	
ABR/12	1550	989 63,81	989	15.500,00	9.890,00	63,81	9.890,00	0,00	
MAY/12	1550	1280 82,58	1280	15.500,00	12.800,00	82,58	12.800,00	0,00	
JUN/12	1550	1037 66,90	1037	15.500,00	10.370,00	66,90	10.370,00	0,00	
030106002 - ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCA				- MAC N. APURACAO : 2 SUB. GRUPO					
JAN/12	1499	2159 144,03	2725	18.692,53	26.922,73	144,03	33.980,75	0,00	
FEV/12	1499	2325 155,10	2592	18.692,53	28.092,75	155,10	32.322,24	0,00	
MAR/12	1499	2045 136,42	3136	18.692,53	25.501,15	136,42	39.105,92	0,00	
ABR/12	1499	2442 162,91	3381	18.692,53	30.451,74	162,91	42.161,07	0,00	
MAY/12	1499	2541 169,51	3205	18.692,53	31.686,27	169,51	39.966,35	0,00	
JUN/12	1499	2362 157,57	2362	18.692,53	29.454,14	157,57	29.454,14	0,00	
070210002 - CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE				- EST N. APURACAO : 4 PROCED.					
JAN/12	30	5 16,67	5	1.942,80	323,80	16,67	323,80	0,00	
FEV/12	30	6 20,00	6	1.942,80	388,56	20,00	388,56	0,00	
MAR/12	30	9 30,00	9	1.942,80	582,84	30,00	582,84	0,00	
ABR/12	30	9 30,00	9	1.942,80	582,84	30,00	582,84	0,00	
MAY/12	30	5 16,67	5	1.942,80	323,80	16,67	323,80	0,00	
JUN/12	30	8 26,67	8	1.942,80	518,08	26,67	518,08	0,00	

Fonte: DATASUS – relatório de saída do processamento do SIASUS.

O Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária demonstra, por procedimento, as metas físicas orçamentárias programadas e realizadas, na competência selecionada

e nas cinco anteriores, bem como a diferença entre elas com o respectivo percentual. Além disso, informa os ajustes de BDP de débito em função de revisões técnico-administrativas realizadas.

A análise desse relatório permite verificar a adequação entre as metas físicas e orçamentárias, constituindo-se em subsídio para sua reprogramação. É um instrumento de alerta tanto com relação à qualidade da programação, quanto à limitação que o teto financeiro impõe à programação.

**Figura 13 – 6. Relatório de Síntese de Produção Ambulatorial – BPA**

BDSIA201406c***** 03.64									
SMSA SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS					SAS/DATASUS/0507				
23/07/2014 SINTese DA PRODUCAO- JUN/2014					15:50:05				
*****									
REGIONAL : 007 - xxxxxxxxxxxx									
UNIDADE : XXXXXXXXXXXXX									
Cmp	Flh	Sq	Proc.	CBO	Qt.Prz.	Vl.Prz.	Qt.Apvd	Vl.Apvd	Situacao
06/2014	007	83	040802016-4	225270	2	82,20	2	82,20	APROVADO TOTALMENTE
Subtotal				239	7.196,48	239	7.196,48		
06/2014	008	01	030101007-2	225121	2	20,00	2	20,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	02	030101007-2	225121	1	10,00	1	10,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	01	040802018-0	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	02	040802018-0	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	03	040802018-0	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	04	040802018-0	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	05	040802018-0	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	06	040802019-9	225270	2	75,76	2	75,76	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	07	040802019-9	225270	2	75,76	2	75,76	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	08	040802019-9	225270	2	75,76	2	75,76	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	09	040802022-9	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	10	040802022-9	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	11	040802019-9	225270	2	75,76	2	75,76	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	12	040802022-9	225270	2	75,00	2	75,00	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	13	040802024-5	225270	2	77,48	2	77,48	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	14	040802024-5	225270	2	77,48	1	38,74	APROVADO PARCIALMENTE (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	15	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	16	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	17	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	18	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	19	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	20	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	21	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	22	040802024-5	225270	2	77,48	0	0,00	NAO APROVADO (ULTRAPASSOU TETO FINANCEIRO)
06/2014	008	23	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	24	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	25	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	26	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	27	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	28	040805020-9	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	29	040805021-7	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	30	040805021-7	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	31	040805021-7	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	32	040805021-7	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	33	040805022-5	225270	2	89,38	2	89,38	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	34	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	35	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	36	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	37	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	38	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE
06/2014	008	39	040805024-1	225270	2	70,40	2	70,40	APROVADO TOTALMENTE

Fonte: DATASUS – relatório de saída do processamento do SIASUS.

Esse relatório é produzido após o cálculo do valor bruto de produção e será utilizado como fonte para análise de todos os procedimentos apresentados e aprovados pelo sistema, indicando, inclusive, quando o procedimento foi rejeitado totalmente ou parcialmente. Informa ainda, a quantidade de procedimentos e valores aprovados.

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

Figura 14 – 7. Relatório de Síntese de Produção da Apac<sup>2</sup>

```

XXXXXXXXX  SISTEMA DE INFORMACOES AMBULATORIAIS  SAS/DATASUS/0570
27/02/2012  SINTESE DA PRODUCAO DO APAC - JAN/2012  10:46:46
*****[M]
ESTAB.: XXXXXXXXXXXX
APAC: 231120296059-4  Validade: 01/12/2011 - 29/02/2012  Tipo: INICIAL
Principal: 030501010-HEMODIALISE II (MAXIMO 3 SESSOES PO Rms:1812 09/02/2012
Paciente: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Mae: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  Nacion.: 010 BRASIL
Responsavel: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  Sexo: M Dt.Nasc.: 07/09/1948
Municipio: XXXXXXXXXXXX
Carater de atend.: 01 ELETIVO Raca: 03 PARDA Etnia:
Mot.Saida/Perm.: 41 - OBITO-C/DECL.OBITO FORNEC.MED.ASSISTENTE Dt. Obito: 30/12/2011
Processamento: 01/2012  Producao: 12/2011
C.I.D. PRINCIPAL  N180
SECUNDARIO  N189
CAUSAS ASSOCIADAS
DT.PRIMEIRA DIALISE REALIZADA: 01/12/2011
ALTURA: 160 (Cm) PESO: 056 (Kg)
DIURESE: 0000 (ml) GLICOSE: 0000 (Mg/Dl)
ALBUMINA: 00 (%) HB: 00 (g%)
ACESSO VASCULAR: N (S/N)
aa HIV: N (P/N)
aa HCV: N (P/N)
HBs Ag: N (P/N)
ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL: N (S/N)

MEDICO SOLICITANTE: . . . - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX
AUTORIZADOR: . . . - XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CNS: XXXXXXXXXXXXXXXX COD.ORG.EMISSION: MXXXXXXXXX

SQ.PROC.  CBO  Qt.Prz.  Vl.Prz.  Qt.Apvd  Vl.Apvd  SITUACAO
01 030501010-7 225335 11 1.705,00 11 1.705,00 APROVADO TOTALMENTE
02 020203063-6 225335 1 18,55 1 18,55 APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO CMP ATUAL)
03 020203097-0 225335 1 18,55 1 18,55 APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO CMP ATUAL)
04 020203030-0 225335 1 10,00 1 10,00 APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO CMP ATUAL)
05 041801006-4 225109 1 57,05 1 57,05 APROVADO TOTALMENTE
06 070210002-1 225109 1 64,76 1 64,76 APROVADO TOTALMENTE
07 070210009-9 225109 1 21,59 1 21,59 APROVADO TOTALMENTE
08 070210010-2 225109 1 15,41 1 15,41 APROVADO TOTALMENTE
09 020201060-0 225335 1 1,85 1 1,85 APROVADO TOTALMENTE (TETO FINANCEIRO CMP ATUAL)
19 1.912,76 19 1.912,76
*****[M]

```

Fonte: DATASUS – relatório de saída do processamento do SIASUS.

Esse relatório é produzido após o cálculo do valor bruto de produção e será utilizado como fonte para análise de todos os procedimentos apresentados e aprovados pelo sistema, indicando, inclusive, quando o procedimento for rejeitado totalmente ou parcialmente. Informa ainda a quantidade de procedimentos e valores aprovados.

#### <sup>2</sup> Estrutura da numeração da AIH/Apac:

A partir de janeiro de 2006, a estruturação da numeração da AIH e Apac passou a constituir-se de 13 dígitos, incluído o dígito verificador, de acordo com a seguinte composição:

- Primeiro e segundo dígitos correspondem à unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ex.: 25 – Paraíba, 31 – Minas Gerais), exceto nos casos das séries numéricas ambulatoriais e de internação específica da CNRAC, que iniciarão com o número 99 indicando que corresponde a todo Brasil, sem divisão por unidade federada.
- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex.: 6 para 2006).
- O quinto dígito deverá ser o número:

- 1 para identificar que a autorização é de internação (AIH) – uso geral;
- 2 para identificar que a autorização é ambulatorial (Apac);
- 3 para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC;
- 4 para identificar que a autorização é ambulatorial (Apac) específica da CNRAC.
- 5 para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade;
- 6 para identificar que é ambulatorial (Apac) específica para os procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999.
- O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador.

# FASE OPERATIVA

# 3

Na fase operativa de auditoria na Assistência Ambulatorial e Hospitalar do SUS, as atividades são desenvolvidas na(s) unidade(s) onde as ações e os serviços foram realizados. Tem por finalidade aferir a adequação, a eficiência, a eficácia e os resultados, mediante a observação direta dos controles internos, fatos, dados, documentos e situações.

Nessa fase, uma vez identificadas distorções, devem ser indicados à direção da unidade auditada os ajustes necessários, permitindo também um processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento.

## 3.1 Procedimentos Rotineiros

Levar os seguintes documentos relacionados para conhecimento e providências do gestor, elaborados na fase analítica da auditoria:

- Ofício de Apresentação da equipe, no qual constará o objetivo do trabalho, o nome do coordenador da equipe e o período em que o grupo atuará naquele local. Será emitido em duas vias, sendo a primeira destinada ao responsável pela unidade a ser auditada.
- Comunicado de Auditoria (CA) é utilizado para solicitar documentos, informações e/ou esclarecimentos pertinentes aos trabalhos de auditoria. Deve ser encaminhado, com antecedência, nas situações em que a auditoria se reveste de magnitude e/ou complexidade, evitando-se o comprometimento do tempo destinado à verificação in loco, com busca de documentos.

## 3.2 Documentos a Serem Solicitados no Comunicado de Auditoria - CA

- Listagem nominal dos gestores e/ou diretores com CPF e registro no(s) respectivo(s) conselho(s) profissional(is) e período de exercícios na abrangência da auditoria.
- Listagem nominal dos profissionais médicos e odontólogos com CPF, registros nos Conselhos respectivos, tipo de vínculo, especialidade e carga horária.
- Listagem nominal dos profissionais de Enfermagem, com respectivos registros no Coren, tipo de vínculo e carga horária.
- Listagem nominal dos demais profissionais de nível superior, por categoria profissional, com registros correspondentes nos Conselhos e carga horária.
- Listagem nominal dos demais funcionários por categoria.
- Escala mensal do plantão de todos os profissionais.



- Escala mensal do ambulatório de todos os profissionais.
- Documento que instituiu a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e a Comissão de Revisão de Prontuário, bem como atas da última reunião.
- Licença para funcionamento da unidade, expedida pela Vigilância Sanitária Estadual e/ou Municipal.
- Licença para funcionamento da farmácia (quando houver), expedida pela Vigilância Sanitária Estadual e/ou Municipal.

### 3.3 Documentos a Serem Analisados na(s) Unidade(s) Auditada(s)

#### 3.3.1 Prontuário Médico

É o conjunto de documentos padronizados e ordenados, no qual devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa instituição de assistência médica ou num consultório médico. As Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.821, de 11 de julho de 2007 e nº 1.638, de 10 de julho de 2002, além do parágrafo 2º do artigo 87 do Código de Ética Médica, estabelecem que é responsabilidade das instituições de saúde a guarda dos prontuários, visando manter a qualidade e a preservação das informações neles contidas.

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

Se a situação exigir, o médico na função de auditor poderá solicitar ao diretor médico da unidade a disponibilização de prontuários selecionados de pacientes internados, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários da instituição.

É vedado ao médico, na função de auditor, transferir sua competência a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

##### 3.3.1.1 Composição do Prontuário

A composição mínima do prontuário está estabelecida no Módulo Hospital, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396, de 12 de abril de 2000 e na Resolução CFM nº 1.638/2002, conforme a seguir:

- Registro do Atendimento Ambulatorial.
- Registro do Atendimento de Urgência.
- Evolução médica.
- Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes. No caso de internação, as evoluções devem ser diárias, com data e horário em todas elas.
- Partograma (em Obstetrícia).
- Prescrição médica.
- Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes. No caso de internação, as prescrições devem ser diárias, com data e horário em todas elas.
- Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassonografias e outros) e seus respectivos resultados.
- Descrição cirúrgica.
- Ficha de anestesia.

- Material usado no centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala).
- Resumo de alta.
- Boletins médicos.

O nome completo do paciente deve constar em todas as folhas do prontuário.

O prontuário deverá ser arquivado no mínimo 20 anos e, nos casos de hospitais maternidade, no mínimo 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Decorridos esses prazos, os originais podem ser substituídos por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas – Resolução do CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002.

### **3.3.1.2 Análise do Prontuário**

Na análise do prontuário devem ser verificados:

- A evolução clínica dos pacientes, a propriedade dos exames solicitados e da terapêutica instituída, a indicação das cirurgias e/ou procedimentos, bem como compatibilidade entre o tempo de permanência hospitalar e o diagnóstico, ou quadro clínico apresentado.
- As indicações técnicas que motivaram as internações ou atendimento ambulatorial, principalmente os de emergência, assim como os relatórios de atos operatórios e boletins de atos anestésicos.
- A existência de assinaturas e respectivos números do CRM dos profissionais assistentes na prescrição e evolução diária nos prontuários.
- Os registros de enfermagem quanto à sua capacidade informativa, controle de sinais vitais, controle de líquidos introduzidos e eliminados, controle da administração de medicamentos, execução de tratamentos e curativos.
- A prescrição dietética e sua adequação aos casos específicos.
- Com os pacientes internados ou em atendimento ambulatorial, se os cuidados dispensados às sondas, cateteres, drenos, aspirações e nebulizações, cuidados na prevenção e tratamento de escaras, na administração de oxigênio, na instalação parenteral em perfusão e condições de coletores são os devidos.
- Se a medicação prescrita coincide com a que está sendo administrada.
- A propriedade das internações em UTI e a mobilização de recursos técnicos de alto custo.
- A existência de cobrança de complementação, a qualquer título, de pacientes do SUS, contrariando as normas vigentes (artigo 43 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Portaria MS/SAS nº 113, de 4 de setembro de 1997).

### **3.3.1.3 Exame Clínico do Paciente Internado**

O médico-assistente deve ser antecipadamente cientificado quando da necessidade do médico auditor examinar o paciente, sendo-lhe facultado estar presente durante o exame.

O médico, na função de auditor, só poderá acompanhar procedimentos feitos no paciente com autorização dele, ou do representante legal. Em qualquer situação o médico-assistente deve ser informado.

É vedado ao médico, na função de auditor, autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico-assistente.

A obtenção de cópias de prontuários médicos é permitida para fins de instrução da auditoria conforme parágrafo 1º, art. 7º, Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001.

### **3.3.2 Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar - AIH**

É o instrumento para solicitação de internação do paciente em hospitais integrantes do SUS, sem o qual nenhuma AIH poderá ser emitida. Seu preenchimento deve ser integral, feito com clareza, de modo a permitir uma visão do quadro do paciente, o mais próximo possível da visão do médico-assistente.

### **3.3.3 Laudo Médico para Solicitação de Mudança de Procedimento(s) e de Procedimento(s) Especial(is)**

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

### **3.3.4 Laudo para Solicitação e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial**

É o instrumento para solicitação e/ou autorização de procedimentos ambulatoriais, com registro em Apac. O laudo contém informações de identificação do estabelecimento, do paciente, exames complementares, justificativas da solicitação, dados de identificação do profissional solicitante e do autorizador, códigos de procedimentos de acordo com a tabela unificada do SUS e CID-10.

A Portaria MS/SAS nº 1.011, de 3 de outubro de 2014, estabeleceu que os laudos de solicitação e/ou autorização, utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS (SIA), podem ser utilizados nas seguintes formas:

- Em suporte digital físico, na forma de formulário impresso e armazenado em papel. Ou
- Em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a emissão e o armazenamento das respectivas autorizações, bem como a transação das informações digitais entre os gestores e os estabelecimentos de saúde.

Distorções mais comumente encontradas nos Laudos Médicos: incompletude, insubsistência, ilegibilidade e rasuras; discordância entre o procedimento solicitado e o diagnóstico inicial; e repetição de palavras, na mesma ordem, para descrever sinais e sintomas em laudos diferentes.

### **3.3.5 Demonstrativo de Apac por Meio Magnético**

É um relatório que deve ser mantido arquivado pelos estabelecimentos de saúde, segundo o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais, versão 2008, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396, de 12 de abril de 2000.

### **3.3.6 Formulário de Controle de Frequência Individual**

É o documento destinado a comprovar, por meio da assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento, sendo sua utilização obrigatória no tratamento dialítico, oncológico, na deficiência auditiva, na pós-cirurgia bariátrica, no pós-transplante, em paciente queimado e paciente em reabilitação física, conforme portarias específicas.

### **3.3.7 Nota Fiscal da OPM Utilizada**

A cópia da Nota Fiscal da OPM utilizada é um documento obrigatório a ser anexado ao prontuário do paciente, conforme determina o item 27.1 do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.

### **3.3.7.1 Etiqueta de Identificação do Produto Implantado**

É obrigatório afixar as Etiquetas de Identificação (selo) de materiais implantáveis (OPM) ao prontuário do paciente, conforme estabelece o artigo 3º da Resolução CFM nº 1.804, de 9 de novembro de 2006, o item 27.2 do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (versão 2013), aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000, RDC Anvisa nº 59, de 29 de agosto de 2008 e RDC Anvisa nº 14, de 5 de abril de 2011.

A etiqueta (selo) de identificação do produto implantado/utilizado (OPM) está anexada ao prontuário médico do paciente e se a mesma está de acordo com o estabelecido no artigo 3º da Resolução CFM nº 1.804/2006, no item 4.5 letra “e” do anexo da Portaria MS/SAS nº 90, de 27 de março de 2009, assim como o cumprimento da Resolução CFM nº 1.956, de 7 de outubro de 2010, principalmente o seu artigo 3º e Resoluções RDC/Anvisa nº 59/2008 e nº 14/2011, para permitir a sua rastreabilidade.

### **3.3.7.2 Comunicação de uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM**

A cópia da Comunicação de uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) é um documento obrigatório a ser anexado ao prontuário do paciente, conforme estabelecido no item 27.1 do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (versão 2013), aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.

### **3.3.7.3 Formulários de registros**

Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular; Registro Brasileiro de Marca-passo, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos; Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular; Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista; Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia.

É obrigatório o preenchimento do formulário correspondente à intervenção realizada, como pré-requisito para prover a AIH, bem como para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, conforme estabelecem as portarias MS/GM nº 1.167 e nº 1.169, ambas de 15 de junho de 2004.

### **3.3.7.4 Imagens radiológicas para comprovação de uso de OPM (filmes ou arquivos eletrônicos)**

É obrigatório anexar, ao prontuário do paciente, os respectivos exames de controle radiológico (laudos e filmes), pré e pós-operatório, com a identificação do paciente, no caso de implante de produtos radiopacos, conforme Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.

### **3.3.8 Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C Magnético**

É o demonstrativo dos registros dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde de forma consolidada.

### **3.3.9 Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I Magnético**

É o demonstrativo dos registros dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde de forma individualizada.

### **3.3.10 Livros de Registros**

São documentos obrigatórios que registram os procedimentos de Internação, de Pronto Atendimento, de Exames Complementares e do Centro Cirúrgico e/ou Obstétrico, entre outros realizados nas unidades de saúde.

### 3.3.11 Espelho de AIH

É um relatório com os dados digitados na AIH: CPF e CNPJ dos prestadores que participaram do atendimento; e assinatura do diretor geral, ou diretor clínico ou diretor técnico, que a conferiu. Uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente, conforme estabelecem as portarias MS/SAS nº 92 de 22 de agosto de 1995 e nº 304, de 10 de agosto de 2001.

#### 3.3.11.1 Análise da AIH x Prontuário após a Alta na(s) Unidade(s) Hospitalar(es)

Durante a análise deve ser verificado se:

- O quantitativo de prontuários, apresentados para a auditoria, confere com a quantidade de AIHs pagas no processamento ou na abrangência do período que está sendo analisado.
- O nome do paciente constante no Espelho da AIH (AIH-1 ou AIH-5) é o mesmo do prontuário.
- Os dados constantes no Espelho da AIH conferem com os do Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas e/ou Relação de AIHs Pagas (RD) e Relatório de Serviços Profissionais (SP), principalmente quanto ao procedimento principal solicitado e/ou realizado, como também os atos profissionais, os procedimentos com finalidade diagnóstica (grupo 2), os medicamentos de alto custo (grupo 6), as órteses, próteses e materiais especiais – OPM (grupo 7) e as ações complementares de atenção à saúde (grupo 8).
- O preenchimento do laudo médico está correto, em conformidade com a legislação vigente.
- As unidades apresentam os prontuários médicos de acordo com as normas vigentes, ou seja, o mínimo necessário.
- Existe controle radiológico pré e pós-operatório, com identificação do paciente e data, em caso de implante de produtos radiopacos.
- O código e a quantidade de material lançado no Espelho da AIH correspondem ao que foi utilizado no paciente.
- O número da nota fiscal lançado no Espelho da AIH corresponde à compra do material que foi utilizado.
- A solicitação de OPM está devidamente preenchida e autorizada pelo diretor clínico ou pelo gestor, a critério deste.
- Há cobrança de diária de UTI até o dia da alta do paciente, exceto nos procedimentos para:
  - ✓ Tratamento de Diabetes Mellitus – código 03.03.03.003-8.
  - ✓ Tratamento de Crises Epiléticas não Controladas – código 03.03.04.016-5.
  - ✓ Tratamento de Arritmias - código 03.03.06.002-6.
  - ✓ Tratamento de Cardiopatia Isquêmica Crônica – código 03.03.06.004-2.
  - ✓ Tratamento de Cardiopatia Isquêmica Crônica – código 03.03.06.009-3.
  - ✓ Tratamento de Crise Hipertensiva – código 03.03.06.010-7.
  - ✓ Tratamento de Hipertensão Secundária – código 03.03.06.018-2.
  - ✓ Tratamento de Síndrome Coronariana Aguda – código 03.03.06.028-0.
  - ✓ Tratamento de Dermatites e Eczemas – código 03.03.08.005-1.
  - ✓ Tratamento das Doenças Crônicas das Vias Aéreas Inferiores – código 03.03.14.004-6.
  - ✓ Tratamento das Doenças Pulmonares devido a Agentes Externos – código 03.03.14.005-4.
  - ✓ Tratamento de Doenças Respiratórias que afetam principalmente o Interstício – código 03.03.14.008-9.
  - ✓ Tratamento de outras doenças do Aparelho Respiratório – código 03.03.14.013-5.
  - ✓ Tratamento de Hipertensão Nefrogênica e Renovascular – código 03.05.02.003-0.
  - ✓ Tratamento de Efeitos de Asfixia e/ou Outros Riscos à Respiração – código 03.08.01.002-7.

- ✓ Tratamento de Traumatismos de Localização Especificada e/ou não Especificada – código 03.08.01.001-9.
- ✓ Tratamento de Efeitos do Contato com Animais e Plantas Venenosos – código 03.08.02.002-2.
- ✓ Tratamento de Intoxicação ou Envenenamento por Exposição a Medicamento e Substâncias de Uso não Medicinal – código 03.08.02.003-0.
- ✓ Tratamento de Efeitos da Penetração de Corpo Estranho em Orifício Natural – código 03.08.03.001-0.
- ✓ Tratamento de Efeitos de outras Causas Externas – código 03.08.03.002-8.
- ✓ Tratamento de Queimaduras, Corrosões e Geladuras – código 03.08.03.003-6.
- ✓ Tratamento de Complicações de Procedimentos Cirúrgicos ou Clínicos – código 03.08.04.001-5.
- ✓ Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – código 05.03.01.001-4, a óbito, transferência e recuperação.
- Existe justificativa do médico-assistente, no caso de mais de três diárias de UTI, e esta autorizada pelo diretor clínico, ou pelo gestor, a critério deste.
- As indicações de internações em UTI atendem aos critérios estabelecidos em atos normativos.
- As unidades assistenciais estão solicitando a permanência maior, ou se estão emitindo nova AIH.
- Os exames realizados, quando o paciente está internado, estão sendo cobrados, no SIA e no SIH para o mesmo paciente, visto que esses procedimentos são comuns aos dois sistemas, o que caracteriza duplicidade de pagamento.
- O percentual de parto normal e cesariana está de acordo com o estabelecido para os hospitais “Amigo da Criança”.
- O período de internação constante no prontuário médico é o mesmo que está sendo lançado no Espelho da AIH.
- A taxa de cesariana está de acordo com o estabelecido.
- A pertinência e a comprovação da cobrança de procedimentos especiais e secundários (grupos 2 a 8) lançados na tela são procedimentos realizados da AIH.
- A pertinência das cobranças nas AIHs de Tratamento das Afecções Associadas ao HIV/aids – código 03.03.18.001-3 e Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos Realizadas por Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde – código 05.03.01.002-2 e Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – código 05.03.01.001-4, conforme normas específicas para cada tipo de AIH.
- As unidades assistenciais estão solicitando mudança de procedimento, conforme normas vigentes, ou se estão emitindo nova AIH.
- As unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das respectivas portarias, e se os lançamentos nas AIHs estão de acordo com as normas vigentes, quando se tratar de hospital-dia para aids, saúde mental, geriatria, intercorrências pós- transplante de medula óssea, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos e fibrose cística (habilitações de 12.01 a 12.06).
- As unidades assistenciais estão cumprindo as exigências das portarias, quanto a internações de psiquiatria e a pacientes sob cuidados prolongados (habilitações de 09.01 a 09.08) e domiciliares (habilitações 13.01 e 13.02).
- Os registros constantes do prontuário médico conferem com os procedimentos apresentados e/ou autorizados lançados no Espelho da AIH, incluindo os procedimentos com finalidade diagnóstica e ações complementares da atenção à saúde: Grupo 2 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica e Grupo 8 – Ações Complementares da Atenção à Saúde da tabela



de procedimentos, como por exemplo, cobrança de tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista, biópsia, hemoterapia, exames anatomopatológico, ultrassonografia, fisioterapia, endoscopia, diária de UTI etc.

- Os procedimentos lançados na tela “Procedimentos Realizados”, nos casos de AIHs codificadas como politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais, atendem aos conceitos estabelecidos para estes procedimentos contidos nas portarias específicas. (Portarias MS/SAS nº 421, de 23 de julho de 2007, nº 662, de 14 de novembro de 2008, nº 718, de 20 de dezembro de 2010, nº 09, de 6 de janeiro de 2014, nº 10, de 6 de janeiro de 2014, nº 914, de 19 de setembro de 2014; Portarias MS/GM nº 2.947, de 21 de dezembro de 2012 e nº 425, de março de 2013). Observar ainda se há comprovação da realização de todos os procedimentos principais e especiais lançados na AIH.
- Nas AIHs de parto foi realizado o exame VDRL (laudo), mesmo excluído o atributo complementar de código 010, há exigência do VDRL na AIH, em conformidade com o parágrafo único do art. 1º da Portaria MS/SAS nº 972, de 29 de setembro de 2014.
- Nos Livros de Registros do Centro Cirúrgico e/ou Obstétrico, confrontando com o prontuário, se a cobrança ao SUS foi pertinente.
- Nos procedimentos realizados no pronto atendimento (atendimento médico e exames), com o período de internação na AIH, de um mesmo paciente, se há lançamento indevido no SIA/SUS.
- No prontuário o preenchimento está em conformidade com o artigo 87 do Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009, Resolução CFM nº 1.638/2002, e o item Prontuário Médico do Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.
- O Espelho de AIH anexado ao prontuário médico apresentado está de acordo com os dispositivos das Portarias MS/SAS nº 92/1995 e nº 304/2001. Não deverá ser aceito o Relatório para Conferência emitido pelas empresas terceirizadas em substituição ao espelho da AIH.
- O Laudo Médico para Solicitação e/ou Autorização de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar está preenchido, assinado e devidamente autorizado.
- A etiqueta (selo) de identificação do produto implantado e/ou utilizado (OPM) está anexada ao prontuário médico do paciente e se ela está de acordo com o estabelecido no artigo 3º da Resolução CFM nº 1.804/2006, no item 4.5 letra “e” do anexo da Portaria MS/SAS nº 90/2009, assim como o cumprimento da Resolução CFM nº 1.956/2010, principalmente o seu artigo 3º e Resoluções RDC/Anvisa nº 59/2008 e nº 14/2011 para permitir a sua rastreabilidade.
- Nos hospitais da rede complementar, o formulário Comunicação de Uso de OPM, com identificação do paciente, número da AIH, descrição do produto, código, quantidade de OPM utilizada e data da utilização foi preenchido no bloco cirúrgico, sendo uma cópia anexada ao prontuário e outra enviada ao fornecedor das OPM.
- Há cópia da nota fiscal referente ao material implantado e/ou utilizado (OPM), anexada ao prontuário do paciente, conforme estabelece o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000. Observar ainda se os dados constantes na nota fiscal (número da nota, fornecedor, material e quantidade utilizada) são os mesmos constantes no Espelho de AIH.
- Há comprovação de implantes de produtos radiopacos por meio de filme radiológico ou arquivos eletrônicos, com a identificação do paciente, conforme estabelece o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.
- Estão anexadas ao prontuário médico a solicitação de uso de OPM, a descrição cirúrgica e a folha de gasto de sala, com as devidas anotações dos produtos utilizados, conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 707, de 8 de junho de 1999, da Resolução CFM nº 1.638/2002 e do Manual

Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.

- O Formulário de Controle de Frequência Individual destinado a comprovar, por meio de assinatura do paciente ou responsável, a realização dos procedimentos ambulatoriais está preenchido. Ele é obrigatório no tratamento de oncologia, doença renal crônica, deficiência auditiva, pós-cirurgia bariátrica, pós-transplante, paciente queimado e paciente em reabilitação física.

### **3.3.11.2 Distorções mais comumente encontradas nas AIHs e Prontuário na(s) Unidade(s) Hospitalar(es):**

- Cobrança de procedimentos de maior valor.
- Cobrança de material radiopaco, sem a devida comprovação radiológica.
- Documentos médicos ilegíveis, incompletos e/ou com rasuras.
- Inexistência de impressos próprios aos registros de enfermagem.
- Ausência de exames complementares.
- Inexistência de ficha de anestesia, do relatório cirúrgico ou este com dados insubsistentes.
- Registros de enfermagem inexistentes, incompletos e/ou executados por pessoas no exercício ilegal das ações de enfermagem.
- Inexistência de ficha do berçário.
- Inexistência, ausência e/ou preenchimento incompleto da ficha do RN no berçário.
- Ocupação do mesmo leito por mais de um paciente no mesmo período de internação.
- Realização simultânea de cirurgias na mesma data, hora, sala e pelo mesmo profissional.
- Inexistência de Espelho de AIH anexado ao prontuário, em desobediência às portarias MS/SAS nº 92/1995 e nº 304/2001.
- Internações indevidas, irregulares e/ou desnecessárias na UTI.
- Tempo extremamente curto nos intervalos cirúrgicos, na mesma sala e na mesma data.
- Realização de anestésias simultâneas pelo mesmo profissional.
- Discrepância entre a evolução e a prescrição do médico e o relatório da enfermagem.
- Atos profissionais simultâneos no mesmo hospital e/ou em hospitais diferentes para o mesmo profissional.
- Cobrança do procedimento analgesia obstétrica para parto normal – código 04.17.01.002-8 sem comprovação da sua realização.
- Inexistência de solicitação e/ou autorização de procedimentos especiais em laudo específico.
- Prontuário inexistente.
- Diagnóstico incompatível com o quadro clínico apresentado.
- Tratamento não compatível com o quadro clínico apresentado.
- Internações desnecessárias.
- Recursos terapêuticos insuficientes ou inadequados.
- Internações de pacientes em caráter de urgência e/ou emergência, quando o quadro é eletivo.
- Pacientes tidos como internados, mas não encontrados no hospital.
- Alto índice de cesariana.
- Cobrança indevida de cirurgia múltipla, politraumatizado, procedimentos sequenciais e aids.
- Cobrança de OPM, cujo código é diferente do utilizado.



- Uso indevido do CPF com cobrança de atos médicos no CPF do profissional cadastrado sendo realizados por terceiros.
- Lançamento na AIH de exames complementares inexistentes no prontuário.
- Cobrança de atos médicos de pacientes fictícios.
- Preenchimento incompleto da identificação do paciente e do endereço.
- Divergência na identificação entre o laudo e a AIH.
- Emissão indevida de mais de uma AIH para o mesmo paciente no mesmo período de internação.
- Cobrança de complementariedade a qualquer título, contrariando a Portaria MS/SAS nº 113, de 4 de setembro de 1997.
- Cobrança na AIH de exames realizados com data anterior à internação.
- Cobrança indevida de auxiliar cirúrgico sem a devida anotação.
- Mudança de procedimento sem solicitação e autorização.
- Emissão indevida de AIH para paciente internado em caráter particular ou assistido por plano de saúde do próprio hospital ou de outras instituições.
- Cobrança de atos não realizados.
- Divergência entre o Demonstrativo de AIHs Pagas, a Relação de AIHs Pagas e o Espelho de AIH.
- Alta melhorada na AIH, porém constatando-se óbito ou permanência no prontuário.
- Cobrança de partos em CPF de profissional médico, sendo os partos realizados por parteiras.

As orientações para a realização da fase operativa da auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS estão separadas a partir deste tópico em hospitalar e ambulatorial.

## 3.4 Fase Operacional da Auditoria na(s) Unidade(s) Hospitalar(es)

### 3.4.1 Estrutura e/ou Funcionalidade

Na etapa analítica a equipe de auditoria deve se apropriar da legislação vigente sobre estrutura físico-funcional para cada tipo de unidade a ser visitada, bem como consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnec) sobre sua habilitação. De posse dessas informações recomenda-se:

- Percorrer as dependências do estabelecimento, visitando as unidades funcionais e ouvindo profissionais e pacientes.
- Observar a conservação, segurança, ventilação e iluminação do prédio, assim como sistema de comunicação, transporte, limpeza e cuidados com o lixo hospitalar.
- Averiguar, nas unidades de internação, a higiene e a conservação delas, cuidados com o paciente, quantidade e conservação do material e equipamento, método de desinfecção e limpeza de material.
- Verificar a área física, mobiliário, utensílios e equipamentos dos postos de enfermagem, copas, salas de curativos e sanitários.
- Examinar o fluxo do setor de esterilização, equipamentos e métodos utilizados na esterilização, acondicionamento e cuidados com o material esterilizado, sua quantidade e qualidade.
- Atentar para o fluxo da lavanderia, para o método de desinfecção e lavagem de roupa, quantidade, qualidade e conservação da roupa hospitalar.
- Avaliar fluxo, material e equipamento de serviços específicos como o cirúrgico, obstétrico, berçário, unidade de queimados, UTI, unidade de terapia renal substitutiva, unidade de transplantes, unidade coronariana, isolamento e outros.

- Conferir a existência de controle bacteriológico periódico das áreas de lactário, berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de esterilização, UTI e outras áreas onde este cuidado se faça necessário. Verificar o controle sanitário do pessoal desta área.
- Avaliar se está sendo observada a relação adequada de médicos-assistentes, plantonistas em UTI, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e outros, por paciente.
- Verificar apresentação do pessoal e uso de equipamentos de biossegurança.
- Examinar as condições de acondicionamento, amostragem e conservação nos setores do almoxarifado e farmácia, assim como cuidados dispensados à medicação controlada.
- Observar se a sala de parto possui os materiais exigidos na Portaria MS/SAS nº 317, de 7 de maio de 2014, quando o hospital lança na AIH de parto normal ou cesariana o código 03.10.01.002-0 para Atendimento ao Recém- Nascido no Momento do Nascimento.
- Conferir se as unidades cadastradas em alta complexidade estão cumprindo as exigências constantes nas respectivas portarias (saúde do idoso, obesidade grave, implante coclear, labiopalatal, odontologia especializada, oftalmologia, saúde mental, cardiovascular, cuidados prolongados, dor crônica, aids, hospital-dia, internação domiciliar, gestante de alto risco, nefrologia, neurologia, oncologia, osteogenesis imperfecta, laqueadura e vasectomia, assistência ventilatória, queimados, reabilitação, terapia nutricional, transplantes, traumatismo ortopédico, UTI, urgência e/ou emergência, cuidados intermediários, videocirurgia, processo transexualizador e mamografia móvel).
- Em hospitais “Amigo da Criança” verificar o cumprimento da Portaria MS/GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014.
- Avaliar a manutenção dos padrões mínimos adotados no acondicionamento, na higienização e no preparo dos alimentos, assim como conforto, segurança e conservação das áreas, utensílios e equipamentos do serviço de nutrição.
- Observar a quantidade, qualidade, apresentação e higiene da alimentação servida. Verificar se a alimentação complementar distribuída coincide com o mapa fornecido pelo nutricionista, com o método utilizado na distribuição da alimentação, do horário, da temperatura e da apresentação das refeições.
- Examinar o fluxo do lactário, o sistema de desinfecção e esterilização de mamadeiras e o método de preparo de fórmulas lácteas.
- Verificar condições e sistemas adotados no Arquivo Médico e no Setor de Estatística.
- Averiguar os métodos de treinamento e a supervisão do pessoal das diversas áreas.
- Checar a existência das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da ética médica, da revisão de prontuários e da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

### 3.4.2 Informações Importantes – Incremento

- Quando o procedimento Traqueoscopia – código 02.09.04.003-3 for realizado em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)**, terá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 479, de 15 de abril de 1999.
- Quando os procedimentos do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, Subgrupo 03.03 – Tratamentos Clínicos (outras especialidades) – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)**, terá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente nos serviços hospitalar e profissional, conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 479/1999.

- Para o recebimento dos respectivos incrementos financeiros quando da realização do procedimento Tratamento em Psiquiatria (por dia) – código 03.03.17.009-3, a unidade deve possuir habilitação específica em Psiquiatria cadastrada no CNES, conforme a seguir discriminado:

Classe	Incremento (%) no SH	Incremento (%) no SP
06.01 - Psiquiatria - Classe I	68,0	68,0
06.02 - Psiquiatria - Classe II	53,9	53,9
06.03 - Psiquiatria - Classe III	38,97	38,97
06.04 - Psiquiatria - Classe IV	32,3	32,3
06.05 - Psiquiatria - Classe V	28,6	28,6
06.06 - Psiquiatria - Classe VI	26,96	26,96
06.07 - Psiquiatria - Classe VII	23,58	23,58
06.08 - Psiquiatria - Classe VIII	20,5	20,5
06.09 - Psiquiatria - Classe IX	17,26	17,26
06.10 - Psiquiatria - Classe X	16,8	16,8
06.11 - Psiquiatria - Classe XI	14,2	14,2
06.12 - Psiquiatria - Classe XII	13,8	13,8
06.13 - Psiquiatria - Classe XIII	11,32	11,32
06.14 - Psiquiatria - Classe XIV	11,1	11,1
06.31 - Nível I	74,09	233,52
06.32 - Nível II	48,41	184,36
06.33 - Nível III	35,16	159,22
06.34 - Nível IV	24,64	138,55

- Quando os procedimentos do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, Subgrupo 03.05 – Tratamento em Nefrologia – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)**, receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 479, de 15/1999.
- Quando os procedimentos do Grupo 03 – Procedimentos Clínicos, Subgrupo 03.08 – Tratamento de lesões, envenenamento e outros decorrentes de causas externas – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)** e Centro de Trauma **(Tipo I código 34.01)** ou **(Tipo II código 34.02)** ou (Tipo III código 34.03), receberá um incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 479/1999 e Portaria MS/GM nº 1.366, de 8 de julho de 2013.
- O procedimento de Atendimento ao recém-nascido no momento do nascimento – código 03.10.01.002-0 – é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – procedimento especial –, sendo financiado com recursos do médio e alto custo (MAC). Este procedimento quando realizado em unidade habilitada, como referência hospitalar em Atendimento Secundário ou Terciário à Gestante de Alto Risco, recebe incremento de 100% e de 8,50% no caso de ser Hospital Amigo da Criança sobre o componente Serviço Profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- O procedimento Parto Normal – código 03.10.01.003-9 – quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, **códigos 14.04 e 14.16**, recebe incremento no componente Serviço Hospitalar e Profissional, conforme descrito a seguir, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

Descrição	% SH	% SP
14.04 - Hospital Amigo da Criança	8,5	8,5
14.16 - Hospital Amigo da Criança	17,0	17,0

• O procedimento Parto Normal em Gestação de Alto Risco – código 03.10.01.004-7, quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, **código 14.16**, recebe incremento no componente Serviço Hospitalar e Profissional, conforme descrito a seguir, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

Descrição	% SH	% SP
14.16 - Hospital Amigo da Criança	5,0	5,0

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.01 – Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I - código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços Hospitalar e Profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.03 – Cirurgias do Sistema Nervoso Central e Periférico – forem realizados em hospital habilitado, como Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 80% nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.04 – Cirurgias das Vias Aéreas Superiores, da Cabeça e do Pescoço – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.05 – Cirurgia do Aparelho da Visão – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.06 – Cirurgia do Aparelho Circulatório – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

• Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.07 – Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.08 – Cirurgia do Sistema Osteomuscular – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional. Também recebe incentivo de 80% se a unidade for habilitada na Adesão à Estratégia de Aumento do Acesso aos Procedimentos de Traumatismo-Ortopédicos de Média Complexidade (TMO), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.09 – Cirurgia do Aparelho Geniturinário – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro de Trauma (**Tipo I código 34.01**) ou (**Tipo II código 34.02**) ou (**Tipo III código 34.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- Quando o procedimento Drenagem de Abscesso de Mama – código 04.10.01.001-4 for realizado em hospital habilitado como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- O procedimento Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco – código 03.11.01.002-6 quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, **código 14.16**, recebe incremento de 2,50 no componente Serviço Hospitalar e Profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- O procedimento Parto Cesariano – código 03.11.01.003-4 quando realizado em unidade habilitada como Hospital Amigo da Criança, **códigos 14.04 e 14.16**, recebe incremento de 8,50 no componente Serviço Hospitalar e Profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- O procedimento Parto Cesariano com Laqueadura Tubária – código 04.11.01.004-2, quando realizado em unidade habilitada como Referência Hospitalar em Atendimento à Gestante de Alto Risco e Hospital Amigo da Criança, **códigos 14.01, 14.02, 14.04 e 14.16**, respectivamente, recebe incremento no componente Serviço Hospitalar e Profissional, conforme descrito a seguir, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

Descrição	% SH	% SP
14.01 - Referência hospitalar em atendimento secundário à gestante de alto risco	55,0	55,0
14.02 - Referência hospitalar em atendimento terciário à gestante de alto risco	55,0	55,0
14.04 - Hospital Amigo da Criança	26,5	26,5
14.16 - Hospital Amigo da Criança	8,5	8,5

- Os procedimentos Redução Manual de Inversão Uterina Aguda Pós-Parto – código 04.11.01.005-0, Sutura de Lacerações de Trajeto Pélvico – código 04.11.01.007-7 e Histerectomia Puerperal – código 04.11.02.003-0 quando forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**), receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.12 – Cirurgia Torácica – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência (**Tipo I código 27.01**) ou (**Tipo II código 27.02**) ou (**Tipo III código 27.03**) e/ou Centro



de Trauma **(Tipo I código 34.01)** ou **(Tipo II código 34.02)** ou **(Tipo III código 34.03)**, receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.13 – Cirurgia Reparadora – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)** e/ou Centro de Trauma **(Tipo I código 34.01)** ou **(Tipo II código 34.02)** ou **(Tipo III código 34.03)**, receberá incremento de 20%, ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

**Nota:** Se a unidade também for habilitada, como referência em Assistência a Queimados, recebe mais um incentivo, conforme tabela a seguir, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

Descrição	% SH	% SP
21.01 - Unidade de referência em assistência a queimados - média complexidade	10.11	10.11
21.02 - Centro de referência em assistência a queimados - alta complexidade	66.57	66.57
27.01 - Hospital Tipo I em Urgência	20.0	20.0
27.02 - Hospital Tipo II em Urgência	35.0	35.0
27.03 - Hospital Tipo III em Urgência	50.0	50.0

- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.15 – Outras Cirurgias – forem realizados em hospital habilitado, como referência em Urgência e/ou Emergência **(Tipo I código 27.01)** ou **(Tipo II código 27.02)** ou **(Tipo III código 27.03)** e/ou Centro de Trauma **(Tipo I código 34.01)** ou **(Tipo II código 34.02)** ou **(Tipo III código 34.03)**, receberá incremento de 20% ou 35% ou 50%, e mais 80% para os Centros de Trauma, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

- Quando os procedimentos do Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos, Subgrupo 04.16 – Cirurgia em Oncologia – forem realizados em hospital habilitado em Oncologia Cirúrgica – Hospital Porte A – código 17.17 ou Oncologia Cirúrgica – Hospital Porte A – código 17.18 receberá incremento de 20% nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

- Os procedimentos do Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células, Subgrupo 05.03 – Ações Relacionadas à Doação de Órgãos, Tecidos e Células e 05.05 – Transplante de Órgãos, Tecidos e Células recebem incremento conforme tabela a seguir, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

Descrição	% SH	% SP
24.26 - Estabelecimento de saúde de Nível A	60.0	60.0
24.27 - Estabelecimento de saúde de Nível B	50.0	50.0
24.28 - Estabelecimento de saúde de Nível C	40.0	40.0
24.29 - Estabelecimento de saúde de Nível D	30.0	30.0

- Quando os procedimentos referentes à Diária de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana – UCO Tipo II – código 08.02.01.021-0 e à Diária de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana – UCO Tipo III – código 08.02.01.022-9 forem cobrados por hospital habilitado, como Unidade Terapia Intensiva Coronariana – UCO Tipo II – código 26.08 e Tipo III – código 26.09), receberá incremento de 67,11% e 57,29%, respectivamente, nos serviços hospitalar e profissional, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

- Quando da cobrança do procedimento Stent Farmacológico Coronariano – código 07.02.04.061-4 deve-se verificar se a indicação está de acordo com o estabelecido no parágrafo 1º, do art. 1º da Portaria MS/SAS nº 983/2014.

### 3.5 Fase Operacional da Auditoria na(s) Unidade(s) Ambulatorial(is)

#### 3.5.1 Estrutura e/ou Funcionalidade

Na etapa analítica a equipe de auditoria deve se apropriar dos documentos de orientação de trabalho, que são os regulamentos técnicos para funcionamento dos serviços ambulatoriais a serem auditados, as RDCs/Anvisa e portarias técnicas do Ministério da Saúde, exemplo:

- Serviço de Diálise: RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, RDC/Anvisa nº 11, de 13 de março de 2014 e Portaria MS/GM nº 389, de 13 de março de 2014.
- Serviço de Oncologia: RDC nº 50/2002 e Portaria MS/GM nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.

De posse dessas informações recomenda-se:

#### 1. Quanto a recursos humanos, materiais e físicos verificar se:

- Há setores da unidade que apresentam demanda reprimida.
- Há capacidade da unidade para a realização dos procedimentos e serviços cadastrados.
- Há condições físicas da unidade em relação ao alojamento dos pacientes nos atendimentos de consultas com observação.
- Há cumprimento das normas específicas nos procedimentos de alta complexidade.
- Há cobrança de taxas no atendimento, principalmente quando se tratar de ambulatório do hospital.
- Há hierarquização e regionalização da rede.
- Há referência e contrarreferência.
- Há distribuição de medicamentos.
- Há ações de vigilância sanitária.
- Há jornada de trabalho dos profissionais x produtividade.
- Há sistema de marcação de consultas com ou sem central de marcação.
- Estão sendo observadas as normas técnicas para conta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na RDC/Anvisa nº 34, de 11 de junho de 2014.
- Há quantitativo de atendimentos resolutivos e encaminhamentos para outras unidades com os respectivos motivos.
- Há equipamentos ociosos ou desativados e respectivas causas.
- Está garantida a assistência ao paciente, após sua alta, caso este apresente complicações durante as 24 horas seguidas do ato cirúrgico.
- A unidade garante suporte hospitalar para os casos que, eventualmente, necessitem de internação, devido a intercorrências de cirurgias ambulatoriais.

#### 2. Quanto à qualidade da assistência e satisfação do usuário:

- Verificar se há filas, as condições da sala de espera, o tempo de espera e as condições de higiene das instalações sanitárias.
- Entrevistar o usuário, utilizando a escolha aleatória, para identificar o grau de satisfação dele. Para tal, é necessária a elaboração de um roteiro prévio.
- Observar se há marcação prévia de consultas e os respectivos prazos.

- Examinar, por amostragem, se os registros dos atendimentos estão completos, com toda descrição do atendimento e o funcionamento do serviço de arquivo desses documentos.
- Aferir aleatoriamente o tempo de duração das consultas.
- Na Terapia Renal Substitutiva, observar o cumprimento do Regulamento Técnico conforme RDC/Anvisa nº 50/2002, RDC/Anvisa nº 11/2014 e Portaria MS/GM nº 389/2014.
- Verificar se o serviço da unidade obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a validade de seus certificados.
- Verificar as condições de armazenamento dos produtos radioativos e a proteção ambiental.

### **3. Quando feita a análise dos documentos de atendimento ambulatorial, verificar:**

- No Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C

Se o documento possibilita o fornecimento, de modo agregado, da quantidade de serviços realizados por mês de competência.

Esse documento é emitido em meio magnético, dividido em três blocos:

- ✓ Dados operacionais.
- ✓ Atendimentos realizados.
- ✓ Formalização.

- No Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I

Permite verificar se é possível a identificação de todos os tipos de atendimentos realizados para o usuário, bem como sua procedência, idade, sexo, causa da doença (CID), e a frequência de procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde que integram a rede assistencial do SUS. É emitido em meio magnético, dividido em três blocos:

- ✓ Dados operacionais.
- ✓ Atendimentos realizados.
- ✓ Formalização.

- Na Apac Magnética

O registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde de forma individualizada. Este instrumento é composto por quatro módulos: Apac, Relatório, Exportação e Operador.

Os principais tipos de Apac são: Inicial/Continuidade e Apac Única.

A Apac Inicial/Continuidade significa que o período de validade da Apac será de três competências, a partir da data de autorização:

- ✓ Apac Inicial: apresentada na primeira competência.
- ✓ Apac 1ª de Continuidade: apresentada na segunda competência.
- ✓ Apac 2ª de Continuidade: apresentada na terceira competência.

Apac Única significa que o período de validade da Apac será de uma ou de até três competências, a partir da data de autorização, entretanto, somente poderá ser apresentada uma única vez.

Na análise da Apac Magnética é possível verificar a compatibilidade entre o procedimento principal cobrado e o efetivamente realizado, bem como a pertinência da cobrança dos procedimentos considerados secundários (não autorizados na Apac Formulário).

- Na ficha clínica de atendimento individual verificar:
  - ✓ A compatibilidade entre procedimento cobrado e o efetivamente realizado.



- ✓ A compatibilidade entre diagnóstico, sexo e idade.
- ✓ A procedência da cobrança como procedimento ambulatorial.
- ✓ A compatibilidade entre exames complementares e terapia ou diagnóstico.
- ✓ A codificação correta efetuada pelo profissional assistente.
- ✓ Se existe avaliação dos programas especiais, onde houver.
- ✓ Se existe cobrança indevida de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) em procedimentos onde esses exames e/ou terapias já estejam incluídos no custo do procedimento principal.
- ✓ A pertinência da cobrança das ações não médicas, procedimentos odontológicos, procedimentos médicos e demais serviços.
- ✓ A comprovação das requisições de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT).
- ✓ Se existe autorização das requisições de exames de alta complexidade.

A partir dessa análise se deve também realizar o cruzamento de informações entre SIA e SIH quando se tratar de unidade hospitalar.

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

As requisições de exames especializados, além de contemplar os dados mencionados anteriormente, devem conter a identificação da unidade e a justificativa para indicação do exame.

#### **4. Quando feita a análise dos procedimentos apresentados e/ou faturados no ambulatório verificar se:**

- Os registros constantes do prontuário médico conferem com os procedimentos apresentados e/ou autorizados lançados no Demonstrativo de Apac por Meio Magnético, incluindo os procedimentos secundários.
- Os dados constantes nas fichas e/ou boletins do Atendimento do Pronto Atendimento, e do Ambulatório, conferem com os procedimentos cobrados e/ou autorizados, principalmente quanto à quantidade lançada no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e no Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I).

A seguir serão detalhados os procedimentos ambulatoriais por grupo e subgrupo com orientação específica para cada um deles.

#### **Grupo 01 – Ações de Promoção e Prevenção à Saúde**

##### **Grupo 01 – Subgrupo 01.01 – Ações Coletivas e Individuais em Saúde**

São ações financiadas com recursos da Atenção Básica, exceto no caso do procedimento 01.01.01.002-8 – Atividade Educativa e/ou Orientação em Grupo na Atenção Especializada, o qual é financiado com recursos do MAC, e os procedimentos 01.01.04.003-2 – Coleta externa de leite materno (por doadora) e 01.01.04.004-0 – Pasteurização do leite humano (cada 5 litros) são financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec).

As ações coletivas e individuais em saúde correspondem a procedimentos de Saúde Bucal, Educação em Saúde, Visita Domiciliar e Alimentação Nutricional.

Os procedimentos coletivos são computados por cliente/mês.

Esses procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tendo como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C).

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C e/ou no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos, para cada procedimento.
- As visitas domiciliares estão sendo documentadas em relatórios contendo: nome, endereço, data da visita, procedimentos realizados e assinatura do profissional que as realizou.
- A quantidade informada no BPA-C e/ou no BPA-I corresponde ao efetivamente realizado.
- Estão sendo realizados pelo menos 25 bochechos/ano para que haja eficiência do bochecho, tendo em vista que o ano tem 52 semanas ou se está sendo utilizado outro método alternativo na aplicação do flúor.
- Ocorre seleção prévia dos participantes, cadastro e acompanhamento de todo o grupo durante o programa.
- É elaborado, no final de cada período (um ano), relatório com a avaliação epidemiológica de cada grupo submetido aos procedimentos coletivos.
- A unidade identifica os participantes do programa ao longo do ano, por meio de relação nominal por grupo, a qual deverá ficar à disposição do Controle e Avaliação.
- Há parceria da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Educação.

#### **Grupo 01 – Subgrupo 01.02 – Ações de Vigilância em Saúde**

Essas ações de Vigilância em Saúde correspondem a procedimentos de Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tendo como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C).

#### **Grupo 01 – Subgrupo 01.02 – Forma de Organização 01.02.01 – Vigilância Sanitária**

São ações financiadas com recursos de Vigilância em Saúde e tem como pré-requisito estar cadastrado no CNES no serviço/classificação 141/002 – Serviço de Vigilância em Saúde e/ou Vigilância Sanitária.

Deve ser considerado um procedimento por visita efetuada independente do número de técnicos participantes e do tempo decorrido.

Quando feita a análise, verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos, para cada procedimento.
- As visitas estão sendo devidamente documentadas contendo: objetivo, duração, local visitado, tipo de estabelecimento, data, medidas adotadas na constatação de irregularidades e assinatura do(s) responsável(is).
- A quantidade informada no BPA-C corresponde ao efetivamente realizado.

#### **Grupo 01 – Subgrupo 01.02 – Forma de Organização 01.02.02 – Vigilância em Saúde do Trabalhador**

São ações financiadas com incentivos utilizando recursos do MAC, e tem como pré-requisito estar cadastrado no CNES no serviço/classificação 108/001 – Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador/ Atendimento/Acompanhamento em Saúde do Trabalhador e/ou no serviço/classificação 108/003 – Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador e/ou Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Quando feita a análise, verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C e/ou no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos, para cada procedimento.
- A quantidade informada no BPA-C e/ou no BPA-I corresponde ao efetivamente realizado.

## Grupo 02 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica

### Grupo 02 – Subgrupo 02.01 – Forma de Organização – 02.01.01 – Coleta de Material por Meio de Punção e/ou Biópsia

São ações financiadas com recursos do MAC e quando realizados os procedimentos na Modalidade de Atendimento Ambulatorial têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Essas ações correspondem a procedimentos referentes à coleta de materiais por meio de punção e/ou biópsia (forma de organização 02.01.01) e outras formas de coleta de materiais (forma de organização 02.01.02).

Os procedimentos, a seguir, têm como instrumento de registro a AIH (Procedimento Principal), e somente na Modalidade de Atendimento Hospitalar. São eles:

- ✓ Biópsia de Corpo Vertebral a Céu Aberto – código 02.01.01.012-7.
- ✓ Biópsia de Corpo Vertebral Lâmina e Pedículo Vertebral (por dispositivo guiado) – código 02.01.01.013-5.
- ✓ Biópsia de Endocárdio/Miocárdio – código 02.01.01.014-3.
- ✓ Biópsia de Fígado em Cunha/Fragmento – código 02.01.01.020-8.
- ✓ Biópsia de Lâmina Pedículo e Processos Vertebrais (a céu aberto) – código 02.01.01.025-9.
- ✓ Biópsia Estereotática – código 02.01.01.053-4.
- ✓ Biópsia Pré-escalênica – código 02.01.01.055-0.

Quando feita a análise, verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C e BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Percussoras do Câncer do Colo de Útero (RC) – **código 17.19**, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014, quanto ao procedimento Biópsia do Colo Uterino – código 02.01.01.066-6. Neste procedimento incide incremento de 60% no Serviço Ambulatorial.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) – **código 17.20** –, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto aos procedimentos: Biópsia e/ou Exérese de Nódulo de Mama – código 02.01.01.056-9, Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina – código 02.01.01.058-5 e Punção de Mama por Agulha Grossa – código 02.01.01.060-7. Nesses três procedimentos incide incremento de 60% no Serviço Ambulatorial.

### Subgrupo 02.01 – Forma de Organização 02.01.02 – Outras Formas de Coleta de Material

São ações financiadas com recursos da Atenção Básica, exceto no caso do procedimento 02.01.02.001-7 – Coleta de Lavado Bronco-Alveolar, o qual é financiado com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial ou na Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Todos os cinco procedimentos desta forma de organização também têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário) e nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia. São eles:

- ✓ Coleta de Lavado Bronco-Alveolar – código 02.01.02.001-7.
- ✓ Coleta de Linfa para Pesquisa de M. Leprae – código 02.01.02.002-5.
- ✓ Coleta de Material para Exame Citopatológico de Colo Uterino – código 02.01.02.003-3.
- ✓ Coleta de Material para Exame Laboratorial – código 02.01.02.004-1.
- ✓ Coleta de Sangue para Triagem Neonatal – código 02.01.02.005-0.

Quando feita a análise, verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C, no BPA-I e no RASS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) – código 17.19, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto ao procedimento Coleta de Material para Exame Citopatológico de Colo Uterino – código 02.01.02.003-3.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, estes procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrado na AIH.

### **Subgrupo 02.02 – Diagnóstico em Laboratório Clínico**

São ações financiadas com recursos do MAC e do Faec, exceto os procedimentos Pesquisa de Plasmódio – código 02.02.02.045-2, Intradermorreação com Derivado Proteico Purificado (PPD) – código 02.02.03.024-5 e Pesquisa de Gonadotrofina Coriônica – código 02.02.05.025-4, os quais são financiados com recursos do Piso da Atenção Básica (PAB).

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), ou a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – Apac (procedimento secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES, no Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico e respectiva classificação.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, desde a coleta até a entrega dos resultados.

Contagem de Linfócitos CD4/CD8 – código 02.02.03.002-4 e Quantificação de RNA do Hiv-1 – código 02.02.03.107-1 são realizados nas Modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, tendo como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – procedimento secundário.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve possuir habilitação específica. São financiados com recursos do MAC, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Esses procedimentos, quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), exceto os procedimentos:

- ✓ Imunofenotipagem de Hemópticas Malignas (por marcador) – código 02.02.03.023-7.
- ✓ Reação de Hemaglutinação (TPHA) para Diagnóstico da Sífilis – código 02.02.03.109-8.

- ✓ Dosagem de Troponina – código 02.02.03.120-9.
- ✓ Determinação de Cariótipo em Cultura de Longa Duração (com técnica de bandas) – código 02.02.10.001-4.
- ✓ Determinação de Cariótipo em Medula Óssea e Vilosidades Coriônicas (com técnica de bandas) – código 02.02.10.002-2.
- ✓ Determinação de Cariótipo em Sangue Periférico (com técnica de bandas) – código 02.02.10.003-0.
- ✓ Quantificação e/ou Amplificação do HER-2 – código 02.02.10.004-9, os quais têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No procedimento Imunofenotipagem de Hemópticas Malignas – por marcador (código 02.02.03.023-7), paga-se por exame realizado, no máximo de dez exames por paciente.

Os exames descritos a seguir, quando realizados em urina de 24 horas devem ser cobrados:

- ✓ Dosagem de cálcio – código 02.02.01.021-0.
- ✓ Ácido úrico – código 02.02.01.012-0.
- ✓ Fósforo – código 02.02.01.043-0.

Quando feita a análise verificar se:

- Os exames foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo, devidamente assinado pelo bioquímico.
- Os quantitativos de exames seguem os parâmetros de programação em relação às consultas médicas e se as requisições são limitadas à indicação necessária para a elucidação do diagnóstico.
- As ações executadas e lançadas no BPA-C, no BPA-I e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Há proporcionalidade de resultados normais.

### **Subgrupo 02.03 – Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia**

São ações financiadas com recursos do MAC exceto os procedimentos: Controle de Qualidade do Exame Citopatológico Cérvico Vaginal – código 02.03.01.0007-8 e Exame Citopatológico Cérvico Vaginal e/ou Microflora-Rastreamento – código 02.03.01.008-6 os quais são financiados com recursos do Faec.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), exceto os procedimentos: Exame Citopatológico de Mama – código 02.03.01.004-3 e Necropsia 02.03.02.005-7, os quais têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, desde a coleta até a entrega dos resultados.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES, no Serviço de Diagnóstico por anatomia e citopatologia e respectiva classificação.



Os procedimentos, descritos a seguir, têm como atributos complementares a obrigatoriedade de registro no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e/ou no Sistema de Informação do Câncer (Siscolo e/ou Siscan) ou no Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama e/ou Siscan), de acordo com o Sigtap:

- ✓ Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal e/ou Microflora – código 02.03.01.001-9.
- ✓ Exame Citopatológico de Mama - código 02.03.01.004-3.
- ✓ Controle de Qualidade do Exame Citopatológico Cérvico Vaginal - código 02.03.01.007-8.
- ✓ Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora-Rastreamento - código 02.03.01.008-6.
- ✓ Exame Anatomopatológico do Colo Uterino - Peça Cirúrgica - código 02.03.02.002-2.
- ✓ Exame Anatomopatológico de Mama - Biopsia – código 02.03.02.006-5.
- ✓ Exame Anatomopatológico de Mama - Peça Cirúrgica – código 02.03.02.007-3.
- ✓ Exame Anatomopatológico do Colo Uterino - Biopsia - código 02.03.02.008-1.

Quando feita a análise verificar se:

- Os procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo, devidamente assinado pelo médico patologista.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

#### **Subgrupo 02.04 – Diagnóstico por Radiologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), ou a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) – procedimento secundário –, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), exceto os procedimentos: Mielografia - código 02.04.02.001-8, Broncografia Unilateral – código 02.04.03.001-3 e Marcação Pré-Cirúrgica de Lesão Não Palpável de Mama Associada à Mamografia – código 02.04.03.004-8, os quais têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Os procedimentos Mamografia – código 02.04.03.003-0 e Mamografia Bilateral para Rastreamento – código 02.04.03.018-8 têm como atributos complementares a obrigatoriedade de registro no Sismama/Siscan, de acordo com o Sigtap.

Quando o procedimento Mamografia Bilateral para Rastreamento – código 02.04.03.018-8 for realizado em serviço habilitado como unidade de mamografia móvel – **código 32.01** receberá um incremento de 44,88% no serviço ambulatorial.

Para a realização desses procedimentos a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Imagem e respectiva classificação.

Quando feita a análise verificar se:

- Há cobrança de raio-X no BPA, considerada indevida por estar contemplada nos procedimentos ortopédicos, independente da quantidade de exames realizados, exceto no caso

do procedimento Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0, que no caso de realização de exame radiológico, ele deve ser registrado separadamente.

- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, os exames foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo, devidamente assinado pelo médico radiologista.
- As ações executadas e lançadas no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) ou na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) – procedimento secundário – estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) – **código 17.20**, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto aos procedimentos: Mamografia – código 02.04.03.003-0 e Mamografia Bilateral para Rastreamento – código 02.04.03.018-8.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico radiologista.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.

### Subgrupo 02.05 – Diagnóstico por Ultrassonografia

São ações financiadas com recursos do MAC exceto para os procedimentos Ultrassonografia de Mama Unilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.05.02.020-8 e Ultrassonografia de Mama Bilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.05.02.021-6, os quais são financiados com recursos do Faec.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) ou o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) ou Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) – procedimento principal ou secundário –, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Os procedimentos Ultrassonografia de Mama Unilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.05.02.020-8 e Ultrassonografia de Mama Bilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.05.02.021-6 têm como instrumento de registro a Apac-Única (procedimento principal), conforme estabelece a Portaria MS/GM nº 196, de 6 de fevereiro de 2012.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES em um serviço e respectiva classificação, de acordo com a exigência estabelecida no Sigtap.

Para o recebimento do incremento financeiro quando da realização dos procedimentos: Ecocardiografia Transtorácica – código 02.05.01.003-2; Ultrassonografia Doppler colorido de Vasos – código 02.05.01.004-0; Ultrassonografia de Abdômen Total – código 02.05.02.004-6; Ultrassonografia de Globo Ocular/Órbita (Monocular) – código 02.05.02.008-9; Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica) –



código 02.05.02.016-0 e Ultrassonografia Transvaginal – código 02.05.02.018-6, a unidade deve possuir habilitação específica cadastrada no CNES, conforme a seguir discriminado:

Procedimento	Habilitação	Incremento no Serviço Ambulatorial
02.05.01.003-2	02.03	150 % – conforme Portaria MS/GM nº 425/2013
02.05.01.004-0	02.03	165,15% – conforme Portaria MS/GM nº 425/2013
02.05.02.004-6	02.03	121,34% – conforme Portaria MS/GM nº 425/2013
02.05.02.008-9	05.05	36,36% – conforme Portaria MS/GM nº 425/2013
02.05.02.016-0	17.19	60% – conforme Portaria MS/GM nº 189/2014

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo, devidamente assinado pelo médico responsável.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C ou na Apac (procedimento principal e secundário) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e identificação do médico especialista.
- A ecografia do aparelho urinário (código 02.05.02.005-4) inclui rins e bexiga.
- A ecografia de abdômen total (código 02.05.02.004-6) inclui abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga.
- A ecografia de órgão abdominal superior isolado (código 02.05.02.003-8) – máximo de dois órgãos.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Percussoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) – código 17.19, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto aos procedimentos Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica) – código 02.05.02.016-0 e Ultrassonografia Transvaginal – código 02.05.02.018-6.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) – código 17.20, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto ao procedimento Ultrassonografia Mamária Bilateral – código – 02.05.02.009-7.

### Subgrupo 02.06 – Diagnóstico por Tomografia Computadorizada

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e a Apac, de acordo o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), de acordo o atributo do procedimento constante no Sigtap.

O procedimento Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) – código 02.06.01.009-5 é o único que tem como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), sendo financiado com recursos do Faec, por seis meses, conforme estabelece o art. 3º da Portaria MS/SAS nº 1.340, de 1º de dezembro de 2014.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Imagem e respectiva classificação.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 2º parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 433, de 14 de novembro de 2000.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, os exames foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, mesmo que seja realizado em outro estabelecimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico radiologista.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.

#### **Subgrupo 02.07 – Diagnóstico por Ressonância Magnética**

São ações financiadas com recursos do MAC exceto para os procedimentos Ressonância Magnética de Mama Unilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – Restrita aos casos de Implante Unilateral de – código 02.07.02.004-3 e Ressonância Magnética de Mama Bilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.07.02.005-1, os quais são financiados com recursos do Faec.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e a Apac (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) de acordo o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Imagem e respectiva classificação.

Os procedimentos Ressonância Magnética de Mama Unilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – Restrita aos casos de Implante Unilateral de – código 02.07.02.004-3 e Ressonância Magnética de Mama Bilateral para Avaliação de Possíveis Complicações de Implante de Prótese – código 02.07.02.005-1 têm como instrumento de registro a Apac – Única (procedimento principal), conforme estabelece a Portaria MS/GM nº 196/2012.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 2º parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 433/2000.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, os exames foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, mesmo que seja realizado em outro estabelecimento.
- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I e na Apac (procedimento principal) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico radiologista.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.

### **Subgrupo 02.08 – Diagnóstico por Medicina Nuclear *in Vivo***

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial ou procedimento secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Medicina Nuclear *in vivo* e respectiva classificação.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 2º, parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 460, de 6 de dezembro de 2000.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições, de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e identificação do médico especialista em Medicina Nuclear.
- Há o cumprimento do artigo 6º da Portaria MS/SAS nº 460/2000 quanto à cobrança simultânea de mais de um procedimento para o mesmo paciente, na mesma competência.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.
- Há custo benefício desses exames e terapias, verificando os resultados dos exames, levantando índice de resultados negativos e, por amostragem, constatar a sua realização com os pacientes.

### Subgrupo 02.09 – Diagnóstico por Endoscopia

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal ou procedimento especial) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando o procedimento Esofagogastroduodenoscopia – código 02.09.01.003-7 for realizado em serviço habilitado como unidade de assistência em alta complexidade ao indivíduo com obesidade – **código 02.03** receberá um incremento de 107,64% no serviço ambulatorial.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades, inclusive eventuais coletas de secreção ou biópsia e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Endoscopia e respectiva classificação.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.
- Há custo benefício desses exames e terapias, levantando índice de resultados negativos e ainda, por amostragem, constatando a sua realização com os pacientes.

### Subgrupo 02.10 – Diagnóstico por Radiologia Intervencionista

São ações financiadas com recursos do MAC.

Estes procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Imagem e respectiva classificação.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 3º, parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 434, de 14 de novembro de 2000.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado/não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.
- Há custo benefício desses exames e terapias, levantando índice de resultados negativos e ainda, por amostragem, constatando a sua realização com os pacientes.

#### **Subgrupo 02.11 – Métodos Diagnósticos em Especialidades – Forma de Organização 02.11.01 – Diagnóstico em Angiologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e o BPA-C. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), de acordo com o atributo do produto constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Nessa Forma de Organização, apenas o procedimento Investigação Ultrassônica (Pletismografia) – código 02.11.01.002-2 exige que a Unidade Prestadora de Serviços esteja cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Imagem e na classificação Ultrassonografia (121/002) para realização dele.

Quando feita a análise verificar se:

- Os procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e identificação do médico especialista que emitiu o laudo.

#### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.02 – Diagnóstico em Cardiologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados nas Modalidades de Atendimento Ambulatorial ou Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C ou a Apac (procedimento principal ou secundário) e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar ou Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial ou secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Atenção Cardiovascular e/ou Cardiologia e respectiva classificação, exceto para o procedimento Monitorização Ambulatorial de Pressão arterial – código 01.11.02.005-2, o qual não necessita desta exigência.

Cateterismo Cardíaco – código 02.11.02.001-0 e Cateterismo Cardíaco em Pediatria – código 02.11.02.002-8 são os únicos desta forma de organização que têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal). A apresentação destes procedimentos deverá ser por meio de Apac-Única o que significa que o período de validade da Apac será de uma ou de até três competências, a partir da data de autorização, entretanto somente poderá ser apresentada uma única vez.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve ter habilitação específica em Alta Complexidade Cardiovascular ou Cardiologia Intervencionista.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 2º, parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 433/2000.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- Esses exames foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado desses procedimentos quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C ou na Apac (procedimento principal ou secundário) e no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Existe proporcionalidade de resultados normais.
- Há custo benefício desses exames e terapias, levantando índice de resultados negativos e ainda, por amostragem, constatando a sua realização com os pacientes.

### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.03 – Diagnóstico Cinético Funcional**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial ou secundário) de acordo com este atributo, constante no Sigtap para cada procedimento individualmente.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos procedimentos.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Fisioterapia e na Classificação Diagnóstico Cinético Funcional (126/008).



Quando feita a análise verificar se:

- O procedimento Avaliação de Função e Mecânica Respiratória – código 02.11.03.004-0, quando realizado em pacientes internados, foi cobrado na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrado na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

#### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.04 – Diagnóstico Ginecologia-Obstetrícia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário) de acordo com este atributo constante no Sigtap para cada procedimento individualmente.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos procedimentos, até a entrega dos resultados.

Para a realização desses procedimentos, a unidade não precisa estar cadastrada no CNES em um serviço e/ou classificação específico(a), exceto o procedimento Exame Microbiológico a Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal – código 02.11.04.003-7, o qual necessita do Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico e Exames microbiológicos (145/009).

Quando feita a análise verificar se:

- Esses procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Nos serviços habilitados como referência para Diagnóstico e Tratamento de lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) – código 17.19, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189/2014, quanto ao procedimento Colposcopia – código 02.11.04.002-9, o qual recebe um incremento de 60% no Serviço Ambulatorial.

#### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.05 – Diagnóstico em Neurologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal ou procedimento especial ou secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para a realização dos procedimentos, descritos a seguir, a unidade precisa estar cadastrada no CNES no Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráfico-Dinâmicos ou no Serviço de Atenção em Neurologia e/ou Neurocirurgia e respectivas classificações:

- ✓ Eletroencefalografia em Vigília com ou sem Foto-Estímulo – código 02.11.05.002-4.
- ✓ Eletroencefalograma em Sono Induzido com ou sem Medicamento (EEG) – código 02.11.05.003-2.

- ✓ Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo com ou sem Foto-Estímulo (EEG) – código 02.11.05.004-0.
- ✓ Exploração Diagnóstica pelo Videoeletroencefalograma com ou sem uso de Eletrodo de Profundidade – código 02.11.05.009-1.
- ✓ Polissonografia – código 02.11.05.010-5.
- ✓ Teste de Wada – código 02.11.05.014-8.
- ✓ Videoeletroencefalograma com Registro Prolongado – código 02.11.05.015-6.

E para o procedimento Exploração Diagnóstica pelo Videoeletroencefalograma, com ou sem uso de Eletrodo de Profundidade – código 02.11.05.009-1, há necessidade de a unidade possuir habilitação em Alta Complexidade em Neurocirurgia (16.01 ou 16.02) e somente poderá ser realizado em regime hospitalar.

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos procedimentos, até a entrega dos resultados.

Quando feita a análise verificar se:

- Esses procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

#### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.06 – Diagnóstico em Oftalmologia**

São ações financiadas com recursos do MAC, exceto o procedimento Triagem Oftalmológica – Projeto Olhar Brasil – código 02.11.06.027-5, o qual é financiado com recursos do PAB.

Esses procedimentos são realizados somente na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, exceto o procedimento Tonometria – código 02.11.06.025-9, o qual também pode ser realizado nas modalidades Hospitalar e Hospital-Dia cujo instrumento de registro é a AIH (procedimento especial).

No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos procedimentos, até a entrega dos resultados.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Oftalmologia e respectiva classificação.

Para o recebimento do incremento financeiro quando da realização dos procedimentos Gonioscopia – código 02.11.06.011-9; Retinografia Colorida Binocular – código 02.11.06.017-8; Teste Ortóptico – código 02.11.06.023-2, a unidade deve possuir habilitação específica cadastrada no CNES, conforme a seguir discriminado:

Procedimento	Habilitação	Incremento no Serviço Ambulatorial
02.11.06.011-9	05,05	63,20 %
02.11.06.017-8	05,05	62,07%
02.11.06.023-2	05,05	33,71%

A Fundoscopia – código 02.11.06.010-0 faz parte da consulta oftalmológica e está incluída no valor desta, portanto não poderá ser cobrada concomitantemente com a consulta oftalmológica.

A Tonometria de aplanção – código 02.11.06.025-96 é procedimento binocular e poderá ser realizado fora da consulta em acompanhamento.

Em diagnose oftalmológica os procedimentos são remunerados como binoculares, ressalvando-se que quando ocorrer solicitação específica para que o paciente seja submetido à diagnose indicada para um só olho, o valor da devolução seja igual ao da Tabela de Procedimento.

Os procedimentos referentes à Diagnose em Oftalmologia devem ser acompanhados do respectivo laudo ou do resultado de exame, por ocasião da cobrança.

Somente o médico oftalmologista está habilitado a realizar esses procedimentos, exceto o procedimento Fundoscopia – código 01.11.06.010-0, o qual pode ser realizado por outras seis CBOs (médico em medicina preventiva e social, médico clínico, médico de família e comunidade, médico sanitário, médico da estratégia de saúde da família e médico generalista).

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 2º, parágrafo 3º da Portaria MS/SAS nº 433, de 14 de novembro de 2000.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.

#### **Subgrupo 02.11 – Forma de Organização 02.11.07 – Diagnóstico em Otorrinolaringologia e/ou Fonoaudiologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C ou a Apac (procedimento principal). Quando realizados nas Modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Alguns procedimentos desta forma de organização exigem que a unidade esteja cadastrada no CNES no Serviço de Reabilitação e respectiva classificação.

Somente médico otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo estão habilitados a realizar esses procedimentos.

Quando nos serviços habilitados, como Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade – código 22.04 ou Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade – código 22.05, forem realizados os procedimentos a seguir relacionados, incide incremento de 100% no Serviço Ambulatorial, conforme dispositivos da Portaria nº 1.462, de 30 de dezembro de 2013, alterada pela Portaria nº 351, de 30 de abril de 2014:

- ✓ Audiometria de Reforço Visual (via aérea e/ou óssea) – código 02.11.07.002-5.
- ✓ Audiometria em Campo Livre – código 02.11.07.003-3.
- ✓ Audiometria Tonal Limiar (via aérea e/ou óssea) – código 02.11.07.004-1.
- ✓ Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA) – código 02.11.07.015-7.

- ✓ Imitânciometria – código 02.11.07.020-3.
- ✓ Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF) – código 02.11.07.021-1.
- ✓ Pesquisa de Ganho de Inserção – código 02.11.07.024-6.
- ✓ Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência – código 02.11.07.026-2.

Os procedimentos Avaliação para Diagnóstico de Deficiência Auditiva – código 02.11.07.009-2, Avaliação para Diagnóstico Diferencial de Deficiência Auditiva – código 02.11.07.010-6, Reavaliação Diagnóstica de Deficiência Auditiva em Paciente Maior de 3 anos – código – 02.11.07.029-7, Reavaliação Diagnóstica de Deficiência Auditiva em Paciente Menor de 3 anos – código – 02.11.07.030-0 e Seleção e Verificação de Benefício do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) – código 02.11.07.031-9 têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal). A unidade deve possuir habilitação específica em Média ou Alta Complexidade como Centro de Reabilitação Auditiva (22-05 ou 22.10).

Somente os profissionais fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 14 da Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004.

O Controle de Frequência Individual será emitido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviços ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica no final de cada mês.

Os procedimentos considerados secundários não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas, quando lançados na Apac II Magnética.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, estes procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.

### **Forma de Organização 02.11.08 – Diagnóstico em Pneumologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Os procedimentos desta forma de organização exigem que a unidade esteja cadastrada no CNES no Serviço de Pneumologia, na classificação Tratamento de Doenças das Vias Aéreas Inferiores

(133/001), exceto o procedimento Teste da Caminhada de 6 Minutos – código 02.11.08.008-0, o qual exige o Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos e/ou Dinâmicos, na classificação Teste Ergométrico (122/001 ou 122/005).

Quando o procedimento Prova da Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria) – código 02.11.08.005-5 for realizado em serviço habilitado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade – código 02.03, receberá um incremento de 277,36% no serviço ambulatorial, conforme dispositivos da Portaria nº 425, de 19 de março de 2013.

Somente médico pneumologista está habilitado a realizar esses procedimentos ou qualquer categoria de CBO que esteja indicado no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, estes procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.

### **Forma de Organização 02.11.09 – Diagnóstico em Urologia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos somente poderão ser realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tendo como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, exceto o procedimento Cistometria Simples – código 02.11.09.004-2, o qual também poderá ser nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia cujo instrumento de registro é a AIH (procedimento secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Somente médico urologista está habilitado a realizar esses procedimentos.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização e no respectivo laudo.
- Os laudos estão completos, constando a assinatura e a identificação do médico especialista que emitiu o laudo.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, o procedimento Cistometria Simples – código 02.11.09.004-2 foi realizado em paciente internado, porém cobrado na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrado na AIH.

### **Forma de Organização 02.11.10 – Diagnóstico em Psicologia-Psiquiatria**

A ação é financiada com recursos do MAC e refere-se apenas ao procedimento Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico – código 02.11.10.001-3.

Esse procedimento, quando realizado na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizado nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, tem como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Somente psicólogo clínico está habilitado a realizar esse procedimento.

Para a realização deste procedimento, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Reabilitação e respectivas classificações.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- A ação executada e lançada no BPA-I ou no BPA-C está sendo computada de acordo com a descrição constante no Sigtap.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, o procedimento Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico – código 02.11.10.001-3 foi realizado em paciente internado, porém cobrado na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrado na AIH.

### **Grupo 02 – Subgrupo 02.12 – Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Esses procedimentos, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C. Quando realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Os procedimentos deste subgrupo exigem que a unidade esteja cadastrada no CNES no Serviço de Hemoterapia, na classificação Diagnóstico em Hemoterapia e/ou Procedimentos Especiais em Hemoterapia (128/002 e/ou 128/003).

Somente médico hemoterapeuta está habilitado a realizar esses procedimentos ou qualquer categoria de CBO que esteja indicado no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- O procedimento cobrado corresponde ao que consta na requisição e/ou autorização.
- Os procedimentos Exames Pré-Transfusoriais I e II – códigos 02.12.10.002-6 e 02.12.10.003-4 foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial.

### **Grupo 02 – Subgrupo 02.13 – Diagnóstico em Vigilância Epidemiológica e Ambiental**

As ações são financiadas com recursos de Vigilância em Saúde e a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço Vigilância em Saúde, nas classificações Vigilância Epidemiológica – 141/001 e Vigilância Ambiental – 141/003.



Esses procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C e/ou no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- A quantidade informada no BPA-C e/ou no BPA-I corresponde ao efetivamente realizado.

### **Grupo 02 – Subgrupo 02.14 – Diagnóstico por Teste Rápido**

São ações financiadas com recursos da Atenção Básica, exceto no caso dos procedimentos Teste Rápido para Detecção de HIV em Gestante – código 02.14.01.004-0, Teste Rápido para Detecção de Infecção pelo HIV – código 02.14.01.005-8, Teste Rápido para Sífilis – código 02.14.01.007-4, os quais são financiados com recursos do MAC.

São procedimentos que, quando realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial ou na Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e/ou o RAAS de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap. Quando realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial ou secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C, no BPA-I e no RASS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Nas unidades ambulatoriais de hospitais, estes procedimentos foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos**

#### **Forma de Organização – 03.01.01 – Consultas Médicas e/ou Outros Profissionais de Nível Superior**

As ações desta forma de organização são realizadas nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar.

a) Os procedimentos, descritos a seguir, são financiados com recursos da Atenção Básica e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e/ou o RAAS de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Consulta ao Paciente Curado de Tuberculose (Tratamento Supervisionado) – código 03.01.01.001-3.
- ✓ Consulta com Identificação de Casos Novos de Tuberculose – código 03.01.01.002-1.
- ✓ Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (exceto médico) – código 03.01.01.003-0.
- ✓ Consulta Médica em Atenção Básica – código 03.01.01.006-4.
- ✓ Consulta para Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (Puericultura) – código 03.01.01.008-0.
- ✓ Consulta para Avaliação Clínica do Fumante – código 03.01.01.009-9.
- ✓ Consulta Pré-natal – código 03.01.01.011-0.
- ✓ Consulta Puerperal – código 03.01.01.012-9.
- ✓ Consulta e/ou Atendimento Domiciliar – código 03.01.01.013-7.
- ✓ Primeira Consulta Odontológica Programática – código 03.01.01.015-3.

b) Os procedimentos, descritos a seguir, são financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I, o BPA-C e, no caso específico do procedimento Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) – Código 03.01.01.004-8 também tem como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) – código 03.01.01.004-8.
- ✓ Consulta Médica em Saúde do Trabalhador – código 03.01.01.005-6.
- ✓ Consulta Médica em Atenção Especializada – código 03.01.01.007-2.
- ✓ Consulta e/ou Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada – código 03.01.01.016-1.

c) Os procedimentos, listados a seguir, são financiados com recursos do Faec e têm como instrumento de registro a Apac, conforme estabelece a Portaria MS/SAS nº 920, de 15 de dezembro de 2011 e Portaria MS/GM nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Para a realização destes procedimentos, a Unidade Prestadora de Serviços (UPS) deverá possuir habilitação específica e serviço de classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Consulta para Diagnóstico e/ou Reavaliação de Glaucoma (Tonometria, Fundoscopia e Campimetria) – código 03.01.01.010-2.
- ✓ Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras – Eixo I: 1 – Anomalias Congênitas ou de Manifestação Tardia – código 03.01.01.019-6.
- ✓ Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras – Eixo I: 2 – Deficiência Intelectual – código 03.01.01.020-0.
- ✓ Avaliação Clínica de Diagnóstico de Doenças Raras Eixo I: 3 – Erros Inatos de Metabolismo – código 03.01.01.021-8.

d) O procedimento Aconselhamento Genético – código 03.01.01.022-6 é financiado com recursos do Faec cujo instrumento de registro é o BPA-I, conforme estabelece a Portaria MS/GM nº 199/2014. Para a realização destes procedimentos, a UPS deverá possuir habilitação específica e serviço de classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

e) O procedimento Consulta Pré-natal – código 03.01.01.011-0 é financiado com recursos da Atenção Básica.

Quando feita a análise verificar se:

- Na consulta pré-natal está sendo cumprida a rotina padronizada como: verificação da pressão arterial, exame especular, quando necessário, medição do fundo do útero, peso, ausculta dos batimentos cardíofetais, palpação, percussão e solicitação dos exames complementares de rotina.
- As ações executadas e lançadas no BPA-C, no BPA-I, no RASS ou na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento, quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

f) Os procedimentos considerados secundários não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançadas na Apac II Magnética, referente aos procedimentos:

- ✓ Consulta para Diagnóstico e/ou Reavaliação de Glaucoma (Tonometria, Fundoscopia e Campimetria) – código 03.01.01.010-2.

- ✓ Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras – Eixo I: 1 - Anomalias Congênicas ou de Manifestação Tardia – código 03.01.01.019-6.
- ✓ Avaliação Clínica para Diagnóstico de Doenças Raras – Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual – código 03.01.01.020-0.
- ✓ Avaliação Clínica de Diagnóstico de Doenças Raras Eixo I: 3 – Erros Inatos de Metabolismo – código 03.01.01.021-8.

Quando feita a análise verificar se:

- A composição da equipe obedece à exigência mínima estabelecida na Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2008.
- Há cumprimento dos parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2008, quanto à média de 3 mil pessoas e no máximo 4 mil pessoas atendidas por equipe.
- Estão sendo realizadas avaliações para aferir: alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação do usuário, satisfação dos profissionais, qualidade do atendimento, desempenho da equipe e impacto nos indicadores de saúde.
- Se está implantado o Sistema de Informações específicas da Atenção Básica (Siab) e se este vem sendo alimentado mensalmente.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

g) Consulta Médica Diferenciada e/ou Assistência ao Parto sem Distocia pelo médico da Unidade de Saúde da Família são procedimentos específicos da Estratégia Saúde da Família (SF).

g.1) Quanto ao Agente Comunitário de Saúde

Quando feita a análise verificar se:

- Está implantado o Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e se este vem sendo alimentado mensalmente.
- Está sendo cumprido o parâmetro máximo de 750 pessoas, conforme parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM nº 2.488/2008.
- Há cumprimento de instrução e supervisão aos agentes, por enfermeira do programa, para o aperfeiçoamento e acompanhamento das atividades.
- É observado o parâmetro de, no máximo, 12 agentes e no mínimo 4 agentes por enfermeiro, conforme parâmetros estabelecidos na Portaria MS/GM nº 2.488/2008.
- Há cumprimento das normas e diretrizes do programa.

g.2) Quanto às Consultas Médicas:

Quando feita a análise verificar se:

- No Boletim de Atendimento, há os exames solicitados e a terapêutica prescrita.
- Os resultados de exames auxiliares e resultados terapêuticos, decorrentes de consultas, não podem ser considerados como uma nova consulta.
- As consultas de urgência e emergência em hospitais devem ser cobradas como Atendimento de Urgência em Atenção Especializada – Código 03.01.06.006-1.
- A consulta oftalmológica consiste de anamnese, inspeção, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e sensocromático.
- Toda consulta médica que gerar internação deverá ser cobrada na AIH e não no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

h) O procedimento Administração de Medicamentos na Atenção Especializada por paciente – código 03.01.10.001-2.

Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas e/ou atendimentos especializados e de alta complexidade.

i) O procedimento Administração de Medicamentos na Atenção Básica por paciente – código 03.01.10.002-0.

Consiste no ato de administrar medicamentos, por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas e/ou atendimentos em especialidades básicas.

### **Forma de Organização – 03.01.02 – Atendimento e/ou Acompanhamento em Saúde do Trabalhador**

- Procedimento Emissão de Parecer sobre Nexo Causal – código 03.01.02.003-5 é financiado com recursos do MAC.
- Procedimentos Acompanhamento de Paciente Portador de Agravos Relacionados ao Trabalho – código 03.01.02.001-9 e Acompanhamento de Paciente Portador de Sequelas Relacionadas ao Trabalho – código 03.01.02.002-7.

São procedimentos financiados com incentivos utilizando recursos do MAC e têm como pré-requisito estarem cadastrados no CNES no Serviço e/ou Classificação 108/001 – Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador/Atendimento/Acompanhamento em Saúde do Trabalhador.

Esses três procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial cujo instrumento de registro é o BPA-I de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 03.01.03 - Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência**

São ações financiadas com incentivos utilizando recursos do MAC, exceto os procedimentos, listados a seguir, que são financiados com recurso do MAC:

- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel (Veículo de Intervenção Rápida) – código 03.01.03.002-2.
- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate – código 03.01.03.006-5.
- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate Medicalizado – código 030103007-3.
- ✓ Remoção em Ambulância de Simples Transporte (Ambulância Tipo A) – código 03.01.03.015-4.

Para realização destas ações, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu) – 103, e na respectiva classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap, exceto os procedimentos:

- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate – código 03.01.03.006-5.
- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate Medicalizado – código 03.01.03.007-3.
- ✓ Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate Medicalizado – código 03.01.03.017-0.
- ✓ Samu 192: Transporte Inter-Hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) – código 03.01.03.018-9.
- ✓ Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Motolância) – código 03.01.03.019-7.

Esses procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Forma de Organização – 03.01.04 – Outros Atendimentos Realizados por Profissionais de Nível Superior**

São ações realizadas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial.

a) Procedimentos Atendimento Clínico para Indicação e Fornecimento do Diafragma Uterino – código 03.01.04.001-0 e Atendimento Clínico para Indicação, Fornecimento e Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) – código 03.01.04.002-8.

São financiados com recursos da Atenção Básica e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

b) Procedimentos Terapia em Grupo – código 03.01.04.003-6 e Terapia Individual – código 03.01.04.004-4.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quanto ao Atendimento Clínico para Indicação, Fornecimento e Inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) – código 03.01.04.002-8, este é financiado com recursos da Atenção Básica. É vedado o lançamento no BPA associado à consulta médica.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C ou no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Forma de Organização – 03.01.05 - Atenção Domiciliar**

As ações desta forma de organização são realizadas nas Modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar e Hospitalar.

a) Os procedimentos, a seguir, são financiados com recursos da Atenção Básica e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C ou o RAAS, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Assistência Domiciliar por Equipe Multiprofissional – código 03.01.05.002-3.
- ✓ Assistência Domiciliar por Profissional de Nível Médio – código 03.01.05.005-8.
- ✓ Antibioticoterapia Parenteral – código 03.01.05.008-2.
- ✓ Atendimento Médico com Finalidade de Atestar Óbito – código 03.01.05.009-0.
- ✓ Visita Domiciliar Pós-Óbito – código 03.01.05.010-4.
- ✓ Administração de Imunoderivados (Oral e/ou Parenteral) – código 03.01.05.011-2.

- ✓ Terapia de Reidratação Parenteral – código 03.01.05.012-0.
- ✓ Busca Ativa – código 03.01.05.013-9.
- ✓ Visita Domiciliar por Profissional de Nível Superior – código 03.01.05.014-7.

b) Procedimentos Assistência Domiciliar por Equipe Multiprofissional na Atenção Especializada – código 03.01.05.003-1 e Assistência Domiciliar Terapêutica Multiprofissional em HIV/Aids (ADTM) – código 03.01.05.004-0.

Esses são financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I e/ou o RAAS, e há, também, necessidade de a unidade estar cadastrada no serviço de atenção domiciliar e na respectiva classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

c) Procedimento Acompanhamento e Avaliação Domiciliar de Paciente submetido à Ventilação Mecânica não Invasiva – paciente/mês – código 03.01.05.001-5.

Esse é financiado com recursos do MAC cujo instrumento de registro é a Autorização de Procedimento Ambulatorial (Apac) – procedimento principal. O procedimento Instalação e/ou Manutenção de Ventilação Mecânica não Invasiva Domiciliar – código 03.01.05.006-6, também financiado com recursos do MAC, tem como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimento secundário), havendo necessidade de a unidade estar cadastrada no serviço de pneumologia ou atenção domiciliar e na respectiva classificação, assim como habilitada no programa de assistência ventilatório não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares (20.01), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

d) Procedimento Instalação e/ou Manutenção de Ventilação Mecânica não Invasiva Domiciliar – código 03.01.05.006-6.

É financiado com recursos do MAC o procedimento secundário, não necessita de emissão de Apac I Formulário, porém, deverá ter sua realização comprovada quando lançado na Apac II Magnética, referente ao procedimento principal Acompanhamento e Avaliação Domiciliar de Paciente submetido à Ventilação Mecânica não Invasiva – paciente/mês – código 03.01.05.001-5.

e) Procedimento Acompanhamento de Paciente e Terapia Nutricional – código 03.01.05.015-5.

É financiado com recursos do PAB e tem como instrumento de registro o BPA-I e/ou o RAAS, e há necessidade de a unidade estar cadastrada no serviço de atenção domiciliar e na respectiva classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviço, poderão ser autorizadores.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames e Laudo Médico para Emissão de Apac.

A Apac I Formulário terá validade de até três competências.

Será obrigatório o cadastramento das empresas fornecedoras no SIA, para que elas possam se habilitar à cessão de crédito.

f) Procedimento Internação Domiciliar – código 03.01.05.007-4.

É financiado com recursos do MAC e tem como instrumento de registro apenas a AIH (procedimento principal), havendo necessidade de a unidade estar cadastrada no serviço de atenção domiciliar e na respectiva classificação e, também, habilitada como Internação Domiciliar (13.01), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C, no BPA-I, no RASS ou na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.



- Visitas domiciliares estão sendo devidamente documentadas, contendo: objeto, duração, local visitado e assinatura do(s) responsável(is).
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 03.01.06 – Consulta e/ou Atendimento às Urgências (em geral)**

As ações desta forma de organização são realizadas nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar.

a) Procedimentos Atendimento de Urgência em Atenção Básica – código 03.01.06.003-7, Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Observação até 8 Horas – código 03.01.06.004-5 e Atendimento de Urgência em Atenção Básica com Remoção – código 03.01.06.005-3.

São financiados com recursos da Atenção Básica e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

b) Procedimentos Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada – código 03.01.06.002-9, Atendimento de Urgência em Atenção Especializada – código 03.01.06.006-1, Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento – código 03.01.06.009-6 e Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

c) Procedimentos Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Pediátrica – código 03.01.06.001-0, Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Cirúrgica – código 03.01.06.007-0 e Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica – código 03.01.06.008-8.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

d) O procedimento Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0 compreende a consulta médica e a realização de imobilização provisória, no caso de exame radiológico (raio-x) para este atendimento, o qual deve ser registrado, separadamente, do registro do código próprio de cada tipo de exame existente no Sigtap.

Conforme a Portaria MS/SAS nº 10, de 20 de janeiro de 1997, quando houver redução de fratura ou luxação e imobilização provisória com uso de tala gessada, será cobrado o código do tratamento correspondente a seguimento. Na substituição do aparelho provisório por aparelho gessado completo, deverá ser cobrado o código correspondente à revisão com troca de gesso.

Toda consulta médica que gerar internação deverá ser cobrada na AIH e não no BPA-I ou no BPA-C.

A simples verificação de resultados de exames decorrentes de consultas não poderá ser considerada como nova consulta.

Quando feita a análise verificar se:

- Há no boletim de atendimento os exames solicitados e a terapêutica prescrita.
- As ações executadas e lançadas no BPA-C ou no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve emissão de AIH de primeiro atendimento (códigos 03.01.06.001-0, 03.01.06.007-0 e 03.01.06.008-8) quando o procedimento foi realizado na modalidade ambulatorial.

e) No procedimento Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada – código 03.01.06.002-9 não há necessidade de a unidade estar cadastrada com o serviço de urgência e/ou emergência para cobrança.

**Nota 1:** O atendimento realizado pelo ortopedista, caso o paciente não necessite de imobilização provisória, deve ser considerado Atendimento de Urgência em Atenção Especializada – código 03.01.06.006-1 ou Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento – código 03.01.06.009-6, quando o atendimento for realizado em caráter de urgência, de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

**Nota 2:** Conforme Portaria MS/SAS nº 10, de 20 de janeiro de 1997, quando houver redução de fratura ou luxação e imobilização provisória com uso de tala gessada, será cobrado o código do tratamento correspondente ao seguimento. Na ocasião da substituição do aparelho provisório por aparelho gessado completo, deverá ser cobrado com o código correspondente à revisão com troca de gesso.

Quando feita a análise verificar se:

- A unidade dispõe de leito específico para observação.
- Há registros de enfermagem, como: sinais vitais, controle de gotejamento de soro, medicação administrada com vias e locais utilizados e eliminações.
- Há registro da evolução clínica do paciente e sua permanência em observação de, no mínimo, 4 horas e, no máximo, até 24 horas.
- O percentual desse atendimento em relação às consultas obedece ao parâmetro estabelecido na programação.
- Não foi emitida AIH para esse tipo de atendimento.
- O procedimento Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento – código 03.01.06.009-6 está sendo cobrado, indevidamente, como Atendimento de Urgência em Atenção Especializada – código 03.01.06.006-1, de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- No valor do procedimento Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0 não está incluído o exame radiológico, sendo que este deve ser cobrado, separadamente, em código específico, quando realizado.

### **Forma de Organização – 03.01.07 – Atendimento e/ou Acompanhamento em Reabilitação Física, Mental, Visual e Múltiplas Deficiências**

As ações desta forma de organização são realizadas nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Atenção Domiciliar.

Os procedimentos desta forma de organização são financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e/ou a Apac (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

a) Procedimentos Acompanhamento de Paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica) – código 03.01.08.004-6 e Acolhimento em Terceiro Turno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial – código 03.01.08.003-8.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o RASS, e para realização deste, a unidade deverá possuir Serviço de Atenção Psicossocial – código 115 e respectiva classificação.

b) Procedimentos Atendimento e/ou Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências – código 03.01.07.006-7.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I e/ou o RASS, e para realização deste, a unidade deverá possuir serviço e classificação específica.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas no BPA-C ou no BPA-I e/ou no RAAS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

Para realização do Procedimento Acompanhamento de Paciente e/ou para Adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Uni/Bilateral – código 03.01.07.003-2, a unidade deve estar cadastrada no Serviço e/ou Classificação 135/005 Reabilitação Auditiva e 135/010 Atenção Fonoaudiológica.

Os procedimentos secundários cobrados na Apac de Acompanhamento de Paciente e/ou para Adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Uni/Bilateral – código 03.01.07.003-2 – não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética.

Somente os profissionais fonoaudiólogos e médicos otorrinolaringologistas não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores, conforme artigo 14 da Portaria MS/SAS 589, de 08/10/2004.

Somente médico otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo estão habilitados a realizar esses procedimentos.

O Controle de Frequência Individual será emitido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviços ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica no final de cada mês.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.

### **Forma de Organização – 08 – Atendimento e/ou Acompanhamento Psicossocial**

As ações desta forma de organização são realizadas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial.

Os procedimentos desta forma de organização são financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e/ou o RAAS, com exceção do procedimento Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante por Atendimento e/ou Paciente – código 03.01.08.001-1, que é financiado pela Atenção Básica de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para realização dessas ações, a unidade deverá ter cadastrado um serviço e/ou classificação, de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C ou no BPA-I e/ou no RAAS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 09 – Atendimento e/ou Acompanhamento em Saúde do Idoso**

As ações desta forma de organização são realizadas nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia.

Os procedimentos desta forma de organização são financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

### **Forma de Organização – 10 – Atendimentos de Enfermagem (em geral)**

As ações desta forma de organização são realizadas nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar, Hospitalar e Hospital-Dia.

a) São procedimentos financiados com recursos da Atenção Básica e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimento secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Administração de Medicamentos em Atenção Básica (por paciente) – código 03.01.10.002-0.
- ✓ Aferição de Pressão Arterial – código 03.01.10.003-9.
- ✓ Cateterismo Vesical de Alívio – código 03.01.10.004-7.
- ✓ Cateterismo Vesical de Demora – código 03.01.10.005-5. Inalação/Nebulização – código 03.01.10.010-1.
- ✓ Lavagem Gástrica – código 03.01.10.012-8.
- ✓ Ordenha Mamária – código 03.01.10.013-6.
- ✓ Oxigenoterapia – código 03.01.10.014-4.
- ✓ Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas (por paciente) – código 03.01.10.015-2.
- ✓ Sondagem Gástrica – código 03.01.10.017-9.
- ✓ Terapia de Reidratação Oral – código 03.01.10.018-7.

b) São procedimentos financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimento secundário) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap:

- ✓ Administração de Medicamentos na Atenção Especializada – código 03.01.10.001-2.
- ✓ Cuidados com Estomas – código 03.01.10.006-3.
- ✓ Cuidados com Traqueostomia – código 03.01.10.007-1.
- ✓ Determinação de Pressão Venosa Central (PVC) – código 03.01.10.008-0; ENEMA – código 03.01.10.009-8.
- ✓ Irrigação Vesical – código 03.01.10.011-0.

c) O procedimento Administração de Medicamentos na Atenção Especializada – código 03.01.10.001.2 – consiste no ato de administrar medicamentos por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescritos nas consultas/atendimentos, incluindo as consultas/atendimentos realizadas no domicílio.

d) O procedimento Administração de Medicamentos na Atenção Básica (por paciente) – código 03.01.10.002.02 – consiste no ato de administrar medicamentos por paciente, independente da quantidade de medicação administrada, prescrita nas consultas e/ou atendimentos.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-C ou no BPA-I e/ou no RASS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 11 – Atendimento e/ou Acompanhamento de Queimados**

As duas ações desta forma de organização são realizadas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial.

a) Procedimentos Acompanhamento de Paciente Médio e/ou Grande Queimado – código 03.01.11.001-8 e Acompanhamento de Paciente Pequeno Queimado – código 03.01.11.002-6.

São financiados com recursos do MAC e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas na Apac (procedimento principal) estão sendo computadas de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento, assim como o estabelecido na Portaria MS/GM nº 1.274, de 22 de novembro de 2000.

b) O procedimento Acompanhamento de Paciente Médio e/ou Grande Queimado – código 03.01.11.001-8, quando realizado em unidade habilitada como referência em Assistência a Queimados de Média ou Alta Complexidade – **código 21.01 ou 21.02**, receberá um incremento de 66,67% no serviço ambulatorial, de acordo com o constante no Sigtap.

Para realização do procedimento Acompanhamento de Paciente Pequeno Queimado – código 03.01.11.002-6, a unidade deverá ter cadastrado o Serviço de Cirurgia Reparadora na Classificação Tratamento em Queimados – 117/002, de acordo com o constante no Sigtap.

c) Os procedimentos secundários cobrados na Apac para Acompanhamento de Paciente Médio e/ou Grande Queimado – código 03.01.11.001-6 e Acompanhamento de Paciente Pequeno Queimado – código 03.01.11.002-6 não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética.

O Controle de Frequência Individual será emitido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviços ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica no final de cada mês.

Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- O valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários.

### **Forma de Organização – 12 – Atendimento e/ou Acompanhamento de Diagnóstico de Doenças Endócrinas e/ou Metabólicas e Nutricionais**

As ações desta forma de organização são realizadas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial.

Os procedimentos desta forma de organização são financiados com recursos do MAC e do Faec e têm como instrumento de registro o BPA-I e a Apac (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas na Apac (procedimento principal – vide Portaria MS/GM nº 425, de 19 de março de 2013) e no BPA-I estão sendo computadas de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.

Para realização dos seguintes procedimentos, a unidade deverá possuir habilitação específica, de acordo com o constante no Sigtap para cada procedimento:

- ✓ Acompanhamento de Paciente com Fenilcetonúria – Código 03.01.12.001-3.
- ✓ Acompanhamento de Paciente com Fibrose Cística – código 03.01.12.002-1.
- ✓ Acompanhamento de Paciente com Hemoglobinopatias – código 03.01.12.003-0.
- ✓ Acompanhamento de Paciente com Hipotireoidismo Congênito – código 03.01.12.004-8.
- ✓ Acompanhamento de Paciente de Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional – código 03.01.12.005-6.
- ✓ Acompanhamento em Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) – Hiperplasia Adrenal Congênita – código 03.01.12.006-4.
- ✓ Acompanhamento em Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) Paciente com Deficiência de Biotinidase – código 03.01.12.007-2.
- ✓ Acompanhamento de Paciente de Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional – código 03.01.12.008-0.

Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- O valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários.

### **Forma de Organização – 13 – Acompanhamento em Outras Especialidades**

As ações desta forma de organização são realizadas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial.

a) Os procedimentos desta forma de organização são financiados com recursos do Faec, exceto o procedimento Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável – código 03.01.13.001-9, o qual é financiado com recursos do MAC.

Tais ações têm como instrumento de registro o BPA-I e a Apac (procedimento principal), de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Os procedimentos secundários cobrados nas Apacs de Acompanhamento Multiprofissional em Doença Renal Crônica (DRC) Estágio 04 Pré-Diálise – código 03.01.13.005-1 e Acompanhamento Multiprofissional em DRC Estágio 05 Pré-Diálise – código 03.01.13.006-0 não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética.

O Controle de Frequência Individual será emitido em uma via e arquivado na Unidade Prestadora de Serviços, para fins de auditoria, conforme Portaria MS/SAS nº 706, de 12 de agosto de 2014.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.



Para realização dos procedimentos cobrados nas Apacs (procedimento principal) de Acompanhamento Multiprofissional em DRC Estágio 04 Pré-Diálise – código 03.01.13.005-1 e Acompanhamento Multiprofissional em DRC Estágio 05 Pré-Diálise – código 03.01.13.006-0, há necessidade de a unidade possuir habilitação em Unidade Especializada em DRC com Terapia Renal Substitutiva (TRS) e/ou Diálise – código 15.06 a 15.14. Também há necessidade de a unidade possuir serviço cadastrado em Atenção à Doença Renal Crônica, na classificação Tratamento em DRC – código 130/006.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas nas Apacs (procedimento principal – vide Portaria MS/GM nº 389, de 13 de março de 2014) e no BPA-I estão sendo computadas de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento.

b) O procedimento Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável – código 03.01.13.001-9, até a competência de dezembro/2013 tinha como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a partir da competência de janeiro/2014 ele passou a ter como instrumento de registro o BPA-I. Para realizar tal procedimento, a unidade deverá ter habilitação em Alta Complexidade Cardiovascular – códigos 08.01 e 08.03 ou 08.02 e 08.03.

c) Os procedimentos Acompanhamento de Usuário(a) no Processo Transexualizado Exclusivamente para Atendimento Clínico – código 03.01.13.003-5 e Acompanhamento de Usuário(a) no Processo Transexualizador Exclusivo nas Etapas do Pré e Pós-operatório – código 03.01.13.004-3 têm como instrumento de registro o BPA-I.

Para realizar estes procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Unidade Atenção Especializada no Processo Transexualizador – código 30.01, na Atenção Pré e Pós-operatório (clínico) e Hormonoterapia no Processo Transexualizador – código 30.02 e na Atenção Pré e Pós-operatório e Cirurgias no Processo Transexualizador – código 30.03.

Há necessidade de a unidade possuir serviço cadastrado na Atenção Especializada no Processo Transexualizador e nas respectivas classificações, de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento e dispositivos da Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.

Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve lançamento de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- O valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários.

### **Forma de Organização – 14 – Cuidados Paliativos**

O procedimento Atendimento de Paciente em Cuidados Paliativos – código 03.01.14.001-4 é financiado com recursos do PAB e tem como instrumento de registro o BPA-I e/ou o RAAS, havendo necessidade de a unidade estar cadastrada no Serviço de Atenção Domiciliar e na respectiva classificação, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 02 – Fisioterapia**

São ações financiadas com recursos do MAC.

Estes procedimentos, quando realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial ou Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I e o RAAS de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar ou Hospital- Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para a realização destes procedimentos, a unidade deve estar cadastrada no CNES no Serviço de Fisioterapia e/ou Serviço de Atenção Domiciliar e/ou Serviço de Reabilitação e respectivas classificações, de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.

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

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

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no RAAS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento, principalmente o Código Internacional de Doenças (CID) compatível.
- São cumpridas, integralmente, as solicitações contidas nas requisições de forma aleatória.
- As reavaliações, durante o período do tratamento, estão sendo realizadas, principalmente em acidentados do trabalho.
- No prontuário, há prescrição médica e quantidades de sessões indicadas, e se cada sessão inclui as técnicas praticadas, assim como se há assinatura do paciente e/ou responsável a cada sessão realizada.
- Há observância da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece um parâmetro de produtividade de 4,4 pacientes/hora.
- Estão sendo obedecidas a Lei nº 8.856, de 1994 e a Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) nº 387, de 8 de junho de 2011, que fixam a jornada de trabalho dos profissionais, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, em 30 horas semanais.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 03 – Tratamentos Clínicos em Outras Especialidades**

#### **Forma de Organização – 01 – Tratamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias**

Nesta forma de organização não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

#### **Forma de Organização – 02 – Tratamento de Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoéticos e alguns Transtornos Imunitários**

Nesta forma de organização os únicos procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial são: Pulsoterapia I (por aplicação) – código 03.03.02.001-6 e Pulsoterapia II (por aplicação) – código 03.03.02.002-4, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C.

São financiados com recursos do MAC, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 03 – Tratamento de Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais**

Nesta forma de organização os únicos procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial são: Tratamento Hormonal Preparatório para Cirurgia de Redesignação Sexual no Processo Transexualizador – código 03.03.03.008-9 e Terapia Hormonal no Processo Transexualizador – código 03.03.03.009-7, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I, e são financiados com recursos do Faec, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.

Para a realização dos procedimentos Tratamento Hormonal Preparatório para Cirurgia de Redesignação Sexual no Processo Transexualizador – código 03.03.03.008-9 e Terapia Hormonal no Processo Transexualizador – código 03.03.03.009-7, a unidade deverá ter habilitação em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador – código 30.01, na Atenção Pré e Pós-operatório (clínico) e Hormonoterapia no Processo Transexualizador – código 30.02 e na Atenção Pré e Pós-operatório. Também há necessidade de a unidade possuir serviço cadastrado na Atenção Especializada no Processo Transexualizador e nas respectivas classificações, de acordo com seus atributos constantes no Sigtap, para cada procedimento e dispositivos da Portaria MS/GM nº 2.803/2013.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 04 – Tratamento de Doenças do Sistema Nervoso Central e Periférico**

Nesta forma de organização não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 05 – Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão**

Nesta forma de organização, procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal ou secundário) e a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Tratamento Clínico de Intercorrências Oftalmológicas – código 03.03.05.013-6 e Tratamento Clínico de Intercorrências Oftalmológicas de Origem Infecciosa – código 03.03.05.014-4 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar.

b) O procedimento Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria – código 03.03.05.001-2 tem como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), financiado com recursos do Faec, de acordo com os atributos do procedimento constante no Sigtap, assim como os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 920, de 15 de dezembro de 2011.

c) Os procedimentos secundários cobrados na Apac de Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria – código 03.03.05.001-2, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Para realização do procedimento cobrado na Apac (procedimento principal) de Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria – código 03.03.05.001-2, há necessidade de a unidade possuir

habilitação em Oftalmologia – Procedimentos relacionados ao Glaucoma – código 05.06. Também é necessário que a unidade possua serviço cadastrado em Oftalmologia, na classificação Tratamento Clínico do Aparelho da Visão – código 131/002.

Quando feita a análise verificar se:

- A unidade está cumprindo os dispositivos da Portaria MS/GM nº 1.279, de 19 de novembro de 2013, quanto ao Protocolo Clínico e às Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 06 – Tratamento de Doenças Cardiovasculares**

Nesta forma de organização não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 07 – Tratamento de Doenças do Aparelho Digestivo**

Nesta forma de organização, os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar e Hospitalar, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimentos especial e principal), sendo financiados com recursos do MAC e do Faec, exceto o procedimento Remoção Manual do Fecaloma – código 03.03.07.003-7, o qual é financiado com recurso da Atenção Básica, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

O procedimento Tratamento de Intercorrência Clínica Pós-Cirurgia Bariátrica – código 03.03.07.013-7 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e com financiamento do Faec. Exige que a unidade esteja habilitada em Assistência de Alta Complexidade a Paciente Portador de Obesidade Grave – código 02.02 ou 02.03 e cadastrado como Serviço de Atenção à Obesidade, na classificação Tratamento Clínico, Cirúrgico, Reparador e Acompanhamento ao Obeso – código 127/001.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e no RAAS estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 08 – Tratamento de Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo**

Nesta forma de organização, os únicos procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial são Tratamentos 03003080019, 03003080027, 03003080035, 03003080108 e 03003080116, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

## Forma de Organização – 09 – Tratamento de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo

Nesta forma de organização, os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimentos especial, principal e secundário) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Instalação de Tração Cutânea – código 03.03.09.004-9, Tratamento Conservador de Fratura/Lesão Ligamentar/Arrancamento Ósseo ao Nível da Pelve – código 03.03.09.013-8 e Tratamento Conservador de Fratura dos Anéis Pélvicos – código 03.03.09.019-7 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar.

Verificar, nas Unidades Ambulatoriais de Hospitais, se os procedimentos a seguir foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na Modalidade Ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH:

- ✓ Artrocentese de Grandes Articulações – código 3.03.09.001-4.
- ✓ Tratamento Conservador de Fratura na Cintura Escapular (com imobilização) – código 03.03.09.012-0.
- ✓ Tratamento Conservador de Fratura de Costelas – código 3.03.09.014-6,
- ✓ Tratamento Conservador de Fratura do Esterno – código 3.03.09.018-9.
- ✓ Tratamento Conservador de Fratura em Membro Inferior com Imobilização – código 03.03.09.020-0.
- ✓ Tratamento Conservador de Fratura em Membro Superior com Imobilização – código 03.03.09.022-7.
- ✓ Tratamento Conservador de Lesão da Coluna Tóraco-Lombo-Sacra com órtese – código 03.03.09.023-5.

b) Pé torto congênito deverá ser cobrado no procedimento Revisão com Troca de Aparelho Gessado em Membro Inferior – código 03.03.09.007-3, sendo que o valor se refere apenas ao tratamento de um pé.

c) A ruptura de tendão deverá ser cobrada no procedimento Tenomiorrafia – código 04.08.06.045-0.

Quando for realizada mais de uma imobilização provisória, em segmentos diferentes, pague-se o quantitativo realizado.

d) Talas gessadas e *velpeau* não gessados deverão ser cobrados no procedimento Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0.

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

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- No valor do procedimento estão incluídos as consultas e os exames radiológicos.
- Há cobrança de raio-X no BPA, considerada indevida por estar contemplada nos procedimentos ortopédicos, independente da quantidade de exames realizados, exceto no caso do procedimento Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória – código 03.01.06.010-0, que no caso de realização de exame radiológico, ele deve ser registrado separadamente.



- Os laudos radiológicos comprobatórios do diagnóstico estão anexados ao documento de atendimento.
- Os exames estão devidamente identificados com nome ou número de registro do paciente e data da realização.

### **Forma de Organização – 10 – Tratamento durante a Gestação, o Parto e o Puerpério**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 11 – Tratamento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 12 – Tratamentos por Medicina Nuclear In Vivo**

Nesta forma de organização, os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimentos especial e secundário) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Tratamento de Hipertireoidismo – código 03.03.12.003-7 e Tratamento de Cardiotoxicose por Hipertireoidismo (até 50 MCI) – código 03.03.12.004-7 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, porém como instrumento e registro a AIH (procedimento secundário), ou seja, com valores zerados, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) O procedimento Tratamento de Dor Óssea com Samário (por paciente) – código 03.03.12.005-3 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento e registro o BPA-C ou o BPA-I, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) Os procedimentos Tratamento de Hipertireoidismo (Plummer – até 30 MCI) – código 03.03.12.006-1 e Tratamento de Hipertireoidismo Grave – código 03.03.12.007-0 podem ser realizados tanto na Modalidade de Atendimento Ambulatorial ou Hospitalar, têm como instrumento e registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial), de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 13 – Tratamento de Pacientes sob Cuidados Prolongados**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 14 – Tratamento de Doenças do Ouvido e/ou Apófise Mastoide e Vias Aéreas**

Nesta forma de organização, o procedimento Lavagem Nasal pelo Método de Proetz (por sessão) – código 03.03.14.001-1 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro o BPA-C ou o BPA-I e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.



O procedimento Tratamento de outras Doenças da Pleura – código 03.03.14.011-9 pode ser realizado tanto na Modalidade de Atendimento Ambulatorial ou Hospitalar, tem como instrumento de registro o BPA-I ou a AIH (procedimento principal) e é financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos do procedimento constante no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 15 – Tratamento das Doenças do Aparelho Geniturinário**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 16 – Tratamento de algumas Afecções originadas no Período Neonatal**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 17 – Tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 18 – Tratamento HIV/Aids**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Forma de Organização – 19 – Tratamento de Reabilitação**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

## **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 04 – Tratamento em Oncologia**

### **Forma de Organização – 01 – Radioterapia**

Nesta forma de organização, os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I, a Apac (procedimento principal ou secundário) e a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Radiocirurgia – um isocentro – código 03.04.01.021-9 e Radioterapia Estereotáxica Fracionada – código 03.04.01.024-3 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados com recursos do Faec.

b) O procedimento Implantação de Halo para Radiocirurgia – código 03.04.01.010-3 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e tem como instrumento de registro o BPA-I, financiado com recursos do Faec.

c) O procedimento Betaterapia para Profilaxia de Pterígio (por campo) código 03.04.01.003-0 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e tem como instrumento de registro o BPA-I, financiado com recursos do MAC.

d) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Betaterapia Dérmica (por campo) – código 03.04.01.001-4.
- ✓ Betaterapia Oftálmica (por campo) – código 03.04.01.002-2.
- ✓ Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por inserção) – código 03.04.01.007-3.
- ✓ Cobaltoterapia (por campo) – código 03.04.01.009-0.
- ✓ Irradiação de Corpo Inteiro Pré-Transplante de Medula Óssea – código 03.04.01.012-0.
- ✓ Irradiação de Meio Corpo – código 03.04.01.013-8.
- ✓ Irradiação de Pele Total – código 03.04.01.014-6.
- ✓ Radioterapia de Doença ou Condição Benigna (por campo) – código 03.04.01.023-5.
- ✓ Roentgenterapia (por campo) – código 03.04.01.026-0.
- ✓ Radioterapia com Acelerador Linear só de Fótons (por campo) – código 03.04.01.028-6.
- ✓ Radioterapia com Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (por campo) – código 03.04.01.029-4.

e) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Verificação por Imagem em Radioterapia – código 03.04.01.008-1.
- ✓ Máscara/Imobilização Personalizada (por tratamento) – código 03.04.01.015-4.
- ✓ Narcose de Criança (por procedimento) – código 03.04.01.017-0.
- ✓ Planejamento Complexo (por tratamento) – código 03.04.01.018-9.
- ✓ Planejamento de Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por tratamento) – código 03.04.01.019-7.
- ✓ Planejamento Simples (por tratamento) – código 03.04.01.020-0.
- ✓ Colimação Personalizada – código 03.04.01.030-8.
- ✓ Planejamento para Radioterapia Conformada Tridimensional (por tratamento) – código 03.04.01.031-6.
- ✓ Narcose para Braquiterapia de Alta Dose (por procedimento) – código 03.04.01.034-0.

f) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Braquiterapia – código 03.04.01.004-9.
- ✓ Braquiterapia com Fios de Iridium – código 03.04.01.005-7.
- ✓ Braquiterapia com Iodo 125 e/ou Ouro 198 – código 03.04.01.006-5.
- ✓ Internação para Radioterapia Externa (Cobaltoterapia e/ou Acelerador Linear) – código 03.04.01.011-1.
- ✓ Moldagem em Colo e/ou Corpo do Útero – código 03.04.01.016-2.
- ✓ Moldagem e/ou Implante em Mucosa (por tratamento completo) – código 03.04.01.032-4.
- ✓ Moldagem e/ou Implante em Pele e/ou Mucosa (por tratamento completo) – código 03.04.01.033-2.

g) São procedimentos considerados secundários que não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética:

- ✓ Betaterapia Dérmica (por campo) – código 03.04.01.001-4.
- ✓ Betaterapia Oftálmica (por campo) – código 03.04.01.002-2.
- ✓ Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (por inserção) – código 03.04.01.007-3.
- ✓ Cobaltoterapia (por campo) – código 03.04.01.009-0.
- ✓ Irradiação de Corpo Inteiro Pré-Transplante de Medula Óssea – código 03.04.01.012-0.
- ✓ Irradiação de Meio Corpo – código 03.04.01.013-8.
- ✓ Irradiação de Pele Total – código 03.04.01.014-6.
- ✓ Radiocirurgia – um isocentro – código 03.04.01.021-9.
- ✓ Radioterapia de Doença ou Condição Benigna (por campo) – código 03.04.01.023-5.
- ✓ Radioterapia Estereotáxica Fracionada – código 03.04.01.024-3.
- ✓ Roentgenterapia (por campo) – código 03.04.01.026-0.
- ✓ Radioterapia com Acelerador Linear só de Fótons (por campo) – código 03.04.01.028-6.
- ✓ Radioterapia com Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (por campo) – código 03.04.01.029-4.

h) Na radioterapia, o valor dos procedimentos é por número de campos, blocos, inserções, tratamentos, procedimentos ou por mês (check film) e deverá obedecer a quantidade definida, de acordo com as especificações feitas após a citação de cada procedimento.

Para realização dos procedimentos desta forma de organização, a unidade deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon – 17.12, Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) com Serviço de Oncologia Pediátrica – 17.13, Serviço Isolado de Radioterapia – 17.04, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) com Serviço de Radioterapia – 17.07 e Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar – 17.15), como também um Serviço de Oncologia, na classificação Radioterapia – código 132/004, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando o paciente, por intercorrências, se afastar do tratamento por um período superior ao mês de competência da Apac II, será necessário o fechamento da Apac I autorizada e a solicitação de nova Apac. Se o retorno ocorrer dentro da mesma competência de cobrança, a Apac será mantida.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual de Radioterapia.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou na Apac (procedimentos principal ou secundário) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de campos de radioterapia em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve cobrança de campos de radioterapia em quantidade superior ao máximo permitido, conforme legislação vigente.
- Houve cobrança de procedimento secundário não compatível com o procedimento principal.
- A compatibilidade dos procedimentos cobrados nas Apacs Magnéticas com o descrito no laudo médico e prontuário.
- Consta no prontuário do paciente o Laudo do Exame Histopatológico, no início do tratamento oncológico.

- A cobrança do procedimento secundário Planejamento para Radioterapia Conformada Tridimensional (por tratamento) – código 03.04.01.031-6 está de acordo com o estabelecido na Portaria MS/SAS nº 346, de 23 de junho de 2008 e no Manual de Bases Técnicas de Oncologia, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396, de 14 de abril de 2000.
- Consta registro de óbito no prontuário, com cobrança de Apac posterior ao dia do óbito.
- Estão sendo cumpridos os demais dispositivos constantes da Portaria MS/SAS nº 346/2008 e no Manual de Bases Técnicas Oncologia, aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.

### **Forma de Organização – 02 a 07 – Quimioterapia**

Nestas formas de organização, os procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, os quais têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e financiados com recursos do MAC, exceto os procedimentos quimioterapia de carcinoma do fígado ou do trato biliar avançado – código 030402038-9 e quimioterapia de neoplasia maligna do Timo avançada código – 030402039-7, que são financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Para realização dos procedimentos desta forma de organização, a unidade deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon – 17.12, Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica – 17.13, Unacon – 17.06, Unacon com Serviço de Hematologia – 17.08, Unacon com Serviço de Oncologia Pediátrica – 17.09, Unacon com Serviço de Radioterapia – 17.07, Unacon Exclusiva de Hematologia – 17.10, Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica e Serviço de Oncologia de Complexo Hospitalar – 17.16), e Serviço de Oncologia, nas classificações Oncologia Pediátrica – código 132/001, Hematologia – código 132/002 e Oncologia Clínica – código 132/003, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Na quimioterapia, o tratamento é realizado de forma contínua ou por ciclos, a tabela de procedimentos do SUS refere-se a um valor médio mensal de um esquema terapêutico, e não ao valor diário ou de um ciclo, seja ele aplicado independente do intervalo estabelecido. Isso significa que o valor total do tratamento é dividido pelo número de meses em que ele é feito, e o resultado desta divisão é a quantia a ser ressarcida a cada mês, independentemente de quantos ciclos sejam feitos no mês. Portanto, é preciso atentar-se para que a unidade de saúde não continue ressarcindo meses de quimioterapia de ciclos que já se completaram (por exemplo: 9 ciclos de 3/3 semanas cumprem-se em 6 meses e os pacientes não podem ser ressarcidos como 9 meses). O valor de cada procedimento quimioterápico só pode ser autorizado, e ressarcido, uma única vez por mês, isto é, mensalmente.

### **Forma de Organização – 08 – Quimioterapia – Procedimentos Especiais**

a) O procedimento Fator Estimulante do Crescimento de Colônias de Granulócitos e/ou Macrófagos – código 03.04.08.001-2 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e financiado com recursos do MAC.

b) Os procedimentos Quimioterapia Intratecal – código 03.04.08.005-5 e Inibidor da Osteólise – código 03.04.08.007-1 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimentos principal e secundário), financiados com recursos do MAC.

c) Os procedimentos Internação para Quimioterapia de Administração Contínua – código 03.04.08.002-0, Internação para Quimioterapia de Leucemias Agudas e/ou Crônicas Agudizadas – código 03.04.08.003-9, Quimioterapia Intra-Arterial – código 03.04.08.004-7, Quimioterapia Intracavitária – código 03.04.08.006-3 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), financiados com recursos do MAC.

Para realização dos procedimentos desta forma de organização, a unidade deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon – 17.12, Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica – 17.13, Unacon – 17.06, Unacon com Serviço de Hematologia – 17.08, Unacon com Serviço

de Oncologia Pediátrica – 17.09, Unacon com Serviço de Radioterapia – 17.07, Unacon Exclusiva de Hematologia – 17.10, Unacon Exclusiva de Oncologia Pediátrica e Serviço de Oncologia de Complexo Hospitalar – 17.16), como também um Serviço de Oncologia, nas classificações Oncologia Pediátrica – código 132/001, Hematologia – código 132/002 e Oncologia Clínica – código 132/003, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Os procedimentos desta forma de organização, quando considerados secundários, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas na Apac (procedimento principal ou secundário) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

A quimioterapia deve seguir, obrigatoriamente, as sequências de linha 1ª, 2ª e 3ª contidas na descrição de procedimentos, podendo-se iniciar a quimioterapia por qualquer uma delas, porém, não será permitida a autorização de quimioterapia de 1ª linha para paciente já tratado com quimioterapia de 2ª ou 3ª linha.

Os procedimentos anotados como exclusivos e únicos não podem somar-se a outros, para o mesmo tumor.

Procedimento autorizado na Apac Formulário não poderá ser mudado na Apac Magnética, a não ser que tenha sido previamente autorizado pelo gestor, por meio de solicitação em novo Laudo Médico para Emissão de Apac, com fechamento da primeira Apac.

Deverá constar no prontuário do paciente o Laudo do Exame Histopatológico, no início do tratamento oncológico.

Quando o paciente, por intercorrências, se afastar do tratamento por um período superior ao mês de competência da Apac II, será necessário o fechamento da Apac I autorizada e a solicitação de nova Apac. Se o retorno ocorrer dentro da mesma competência de cobrança, a Apac será mantida.

Procedimentos oncológicos cobrados por meio de Apac de Quimioterapia – Forma de Organização 030402 a 030408, quando da realização de auditoria, deve-se verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve cobrança de procedimento secundário não compatível com o procedimento principal.
- Está sendo cumprida a norma constante da Portaria MS/SAS nº 346/2008, e o Manual de Bases Técnicas de Oncologia aprovado pela Portaria MS/GM nº 396/2000.
- Há compatibilidade dos procedimentos cobrados nas Apacs Magnéticas com o descrito no laudo médico e prontuário.
- Consta registro de óbito no prontuário, com cobrança de Apac posterior ao dia do óbito.
- Existe cobrança de procedimentos paliativos por um período superior a 12 meses.
- Existe cobrança de procedimentos adjuvantes, não hormonal, cobrados por período superior a 12 meses.
- Há cobrança de procedimentos neoadjuvantes por período superior a seis meses.

### **Forma de Organização – 09 – Medicina Nuclear – Terapêutica Oncológica**

a) Os procedimentos Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado de Tireoide (30MCi) – código 03.04.09.005-0 e Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado de Tireoide (50MCi) – código 03.04.09.006-9 são



realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), financiado com recursos do MAC.

Os dois procedimentos, anteriormente citados, devem ser registrados em Apac única, a partir do Laudo de Solicitação e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial vigente, de conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 67, de 28 de janeiro de 2014.

b) Os procedimentos Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado da Tireoide (150 MCI) – código 03.04.09.001-8, Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado da Tireoide (100 MCI) – código 03.04.09.002-6, Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado da Tireoide (200 MCI) – código 03.04.09.003-4 e Iodoterapia de Carcinoma Diferenciado da Tireoide (250 MCI) – código 03.04.09.004-2 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro o AIH (procedimento principal), financiados com recursos do MAC.

Para realização dos procedimentos desta forma de organização, há necessidade de a unidade possuir Serviço de Medicina Nuclear, na classificação Medicina Nuclear *In Vivo* – código 151/001, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas na Apac (procedimento principal) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Forma de Organização – 10 – Gerais em Oncologia**

Nesta forma de organização, não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 05 – Tratamento em Nefrologia**

Estes procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar e Hospitalar, os quais têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal ou secundário), o RAAS e a AIH (procedimentos principal e especial) e são financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e financiados com recursos do Faec:

- ✓ Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) – máximo duas sessões por semana – código 03.05.01.002-6.
- ✓ Hemodiálise (máximo três sessões por semana) – código 03.05.01.010-7.
- ✓ Hemodiálise em Portador de HIV (máximo três sessões por semana) – código 03.05.01.011-5.
- ✓ Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente Submetido à Diálise Peritoneal Automática (DPA) e/ou à Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) – código 03.05.01.016-6.
- ✓ Treinamento de Paciente Submetido à Diálise Peritoneal – DPAC/DPA (nove dias) – código 03.05.01.018-2.
- ✓ Hemodiálise Pediátrica (máximo quatro sessões por semana) – código 03.05.01.020-4.

Para a realização dos procedimentos Hemodiálise (máximo de duas sessões por semana) –



código 03.05.01.010-7, Hemodiálise em Portador de HIV (máximo de três sessões por semana) – código 03.05.01.011-5, Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente Submetido à DPA/DPAC – código 03.05.01.016-6, Hemodiálise Pediátrica (máximo de quatro sessões por semana) – código 03.05.01.020-4, a unidade deve possuir habilitação específica em Unidade Especializada em Doença Renal Crônica cadastrada no CNES. Esses procedimentos incidem incremento, de acordo com dispositivos da Portaria MS/GM nº 389/2014, conforme a seguir discriminado:

Procedimento	Habilitação	Incremento no Serviço Ambulatorial (%)
03.05.01.010-7	15.07	3.02
03.05.01.011-5	15.09	6.04
03.05.01.020-4	15.11	9.06
	15.13	12.08
03.05.01.016-6	15.08	3.02
	15.10	6.04
	15.12	9.06
	15.14	12.08

b) Os procedimentos Diálise Peritoneal Intermitente DPI (uma sessão por semana – excepcionalidade) – código 03.05.01.001-8, Hemodiálise (máximo de uma sessão por semana – excepcionalidade) – código 03.05.01.009-3 e Hemodiálise em Portador do HIV (excepcionalidade – máximo de uma sessão por semana) – código 03.05.01.012-3 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e são financiados com recursos do Faec.

c) Os procedimentos Diálise Peritoneal para Pacientes Renais Agudos – código 03.05.01.003-4, Hemodiálise para Pacientes Renais Agudos e/ou Crônicos Agudizados sem Tratamento Dialítico Iniciado – código 03.05.01.013-1, Hemofiltração – código 03.05.01.014-0, Hemofiltração Contínua – código 03.05.01.015-8, Ultrafiltração – código 03.05.01.019-0 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), financiados com recursos do MAC.

d) Os procedimentos Tratamento de Intercorrência em Paciente Renal Crônico sob Tratamento Dialítico (por dia) – código 03.05.01.017-4, Tratamento da Pielonefrite – código 03.05.02.001-3, Tratamento de Calculose Renal – código 03.05.02.002-1, Tratamento de Hipertensão Nefrogênica e Renovascular – código 03.05.02.003-0, Tratamento de Insuficiência Renal Aguda – código 03.05.02.004-8 e Tratamento de Insuficiência Renal Crônica – código 03.05.02.005-6 são realizados tanto na Modalidade de Atendimento Hospitalar como na Atenção Domiciliar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e o RAAS, financiados com recursos do MAC.

e) Os procedimentos, considerados secundários, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética, referente aos procedimentos:

- ✓ Diálise Peritoneal Intermitente DPI (máximo duas sessões por semana) – código 03.05.01.002-6.
- ✓ Hemodiálise (máximo três sessões por semana) – código 03.05.01.010-7.
- ✓ Hemodiálise em Portador de HIV (máximo três sessões por semana) – código 03.05.01.011-5.
- ✓ Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente Submetido à DPA /DPAC – código 03.05.01.016-6.
- ✓ Treinamento de Paciente Submetido à Diálise Peritoneal – DPAC-DPA (nove dias) – código 03.05.01.018-2.
- ✓ Treinamento de Paciente Submetido à Diálise Peritoneal – DPAC-DPA (nove dias) – código 03.05.01.020-4.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Resultado dos Exames; Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico.

Para realização dos procedimentos, a unidade deve possuir habilitação em Alta Complexidade em Nefrologia (códigos 15.01, 15.05, 15.08, 15.10, 15.12 e 15.14), como também um Serviço de Atenção à Doença Renal Crônica, na classificação Tratamento Dialítico – Hemodiálise – código 130/001, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Na internação de paciente com insuficiência renal crônica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas, a cobrança da hemodiálise ou da DPI será efetuada pela Apac, não sendo permitida a cobrança na AIH.

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

A realização do procedimento dialítico em UTI só poderá ocorrer quando a situação clínica do paciente exigir sua permanência nesta unidade (Portaria MS/SAS nº 207, de 6 de novembro de 1996).

Todos os exames complementares constantes na Portaria MS/SAS nº 140, de 20 de abril de 1999 devem ser cobrados por Apac e não por Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Procedimento autorizado na Apac Formulário não poderá ser mudado na Apac Magnética, a não ser que tenha sido previamente autorizado pelo gestor, por meio de solicitação em novo Laudo Médico para Emissão de Apac, com fechamento da primeira Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas nas Apacs (procedimento principal ou secundário) estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve cobrança de procedimento secundário não compatível com o procedimento principal.
- Houve compatibilidade dos procedimentos cobrados nas Apacs Magnéticas com o descrito no laudo médico e prontuário.
- Consta registro de óbito no prontuário, com cobrança de Apac posterior ao dia do óbito.
- Os exames complementares mensais obrigatórios foram realizados, assim como os trimestrais, semestrais e anuais.
- Há lista de pacientes inscritos para transplante renal.
- Há o total de pacientes em tratamento (DPAC – DPA – DPI – hemodiálise – número e nomes).
- Há cadastro atualizado dos pacientes.
- As normas do Sistema Integrado de Atenção ao Paciente Renal Crônico, contidas na RDC Anvisa nº 11, de 13/03/2014 e na Portaria MS/GM nº 389, de 14/3/2014, estão sendo cumpridas.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 06 – Hemoterapia**

Estes procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, os quais têm como instrumento de registro o BPA-I ou o – BPA-C e a AIH (procedimento especial e secundário) e financiados com recursos do MAC.

A unidade deve possuir Serviço de Hemoterapia – código 128, cadastrado no CNES e respectivas classificações códigos 001, 003 e 004, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Aplicação de Fator IX de Coagulação – código 03.06.02.002-5 e Aplicação de Fator VIII de Coagulação – código 03.06.02.003-3 quando realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário).

b) Os procedimentos Coleta de Sangue para Transfusão – código 03.06.01.001-1, Coleta de Sangue para Transfusão (com processadora automática) – código 03.06.01.002-0 e Triagem Clínica de Doador(a) de Sangue – código 03.06.01.003-8 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tendo como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C financiados pelo MAC de acordo com os atributos do procedimento constante no Sigtap.

c) São procedimentos quando realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial):

- ✓ Aférese Terapêutica – código 03.06.02.001-7.
- ✓ Sangria Terapêutica – código 03.06.02.004-1.
- ✓ Transfusão de Concentrado de Granulócitos – código 03.06.02.005-0.
- ✓ Transfusão de Concentrado de Hemácias – código 03.06.02.006-8.
- ✓ Transfusão de Concentrado de Plaquetas – código 03.06.02.007-6.
- ✓ Transfusão de Crioprecipitado – código 03.06.02.008-4.
- ✓ Transfusão de Plaquetas por Aférese – código 03.06.02.009-2.
- ✓ Transfusão de Plasma Fresco – código 03.06.02.010-6.
- ✓ Transfusão de Plasma Isento de Crioprecipitado – código 03.06.02.011-4.
- ✓ Transfusão de Sangue e/ou Componentes Irrradiados – código 03.06.02.012-2.
- ✓ Transfusão de Substituição e/ou Troca (exsanguineotransfusão) – código 03.06.02.013-0.
- ✓ Transfusão de Unidade de Sangue Total – código 03.06.02.014-9; e
- ✓ Transfusão Fetal Intrauterina – código 03.06.02.015-7.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de hemoterapia realizado em pacientes internados, porém pagos na modalidade ambulatorial.
- O quantitativo do procedimento Sorologia de Doador de Sangue é compatível com o quantitativo do procedimento de coleta.
- Os doadores considerados inaptos estão sendo devidamente encaminhados para atendimento com vista a diagnóstico e tratamento.
- Não ocorre cobrança de procedimentos de hemoterapia em duplicidade no SIA e no SIH para o mesmo paciente, visto que esses procedimentos são comuns aos dois sistemas.
- As unidades que recebem excedentes de plasma para separação em suas diversas frações, com finalidade terapêutica, estão devidamente autorizadas para tal, pelo Ministério da Saúde, conforme estabelece o parágrafo 2º, do artigo 27 da Portaria MS/GM nº 2.712, de 12 de novembro de 2013.

- Estão sendo cumpridos os dispositivos das portarias MS/GM nº 1.737/2004 e 373/2005, quanto à prioridade ao atendimento ao usuário do SUS, assim como se a contratação dos serviços privados ocorre somente quando comprovada a insuficiência dos serviços públicos.
- No caso de aplicação dos fatores de coagulação VIII e IX no prontuário do paciente, a justificativa da aplicação do medicamento contém: nome, data de nascimento, peso, grau de deficiência, tipo de hemofilia, situação clínica, descrição do medicamento e dose aplicada.
- Nos prontuários há registro do número da bolsa, do tipo de componente, do volume e de quem realizou a aplicação.
- Estão sendo observadas as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados, estabelecidas na RDC Anvisa nº 153, de 14 de junho de 2004.
- Os exames de grupo sanguíneo, fator RH e sorológicos estão sendo cobrados na patologia clínica e na hemoterapia.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 07 – Tratamentos Odontológicos**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas Modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar, Hospital-Dia e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimentos especial e secundário).

São financiados com recursos da Atenção Básica, do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Instalação de Prótese em Pacientes com Anomalias Crânio e Bucomaxilofacial – código 03.07.04.010-0 e Instalação de Aparelho Ortodôntico e/ou Ortopédico Fixo – código 03.07.04.011-9 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados pelo Faec.

Para realização dos procedimentos: Instalação de Prótese em Pacientes com Anomalias Crânio e Bucomaxilofacial – código 03.07.04.010-0 e Instalação de Aparelho Ortodôntico e/ou Ortopédico Fixo – código 03.07.04.011-9, há necessidade de a unidade possuir habilitação em Alta Complexidade em Odontologia (códigos 04.01, 04.03, 04.04 e 04.05), de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) O procedimento Instalação de Aparelho Ortodôntico e/ou Ortopédico Fixo – código 03.07.04.011-9 tem incremento de 250% no serviço ambulatorial, quando realizado em unidade habilitada com Centro de Tratamento da Má Formação Labiopalatal – código 04.01, de acordo com os atributos do procedimento constante no Sigtap.

c) Manutenção e/ou Conserto de Aparelho Ortodôntico e/ou Ortopédico – código 03.07.04.012-7 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro o BPA-I e financiado pelo MAC. A unidade deve possuir habilitação em Alta Complexidade em Odontologia (código 04.01), incremento de 50% no serviço ambulatorial, de acordo com os atributos do procedimento constante no Sigtap.

d) São procedimentos financiados pelo PAB:

- ✓ Capeamento Pulpar – código 03.07.01.001-5.
- ✓ Restauração de Dente Decíduo – código 03.07.01.002-3.
- ✓ Restauração de Dente Permanente Anterior – código 03.07.01.003-1.
- ✓ Restauração de Dente Permanente Posterior – código 03.07.01.004-0.
- ✓ Acesso a Polpa Dentária e Medicação (por dente) – código 03.07.02.001-0.
- ✓ Curativo de Demora com ou sem Preparo Biomecânico – código 03.07.02.002-9.
- ✓ Pulpotomia Dentária – código 03.07.02.007-0.

- ✓ Raspagem, Alisamento e Polimento Supragengivais (por sextante) – código 03.07.03.001-6.
- ✓ Raspagem e Alisamento Subgengivais (por sextante) – código 03.07.03.002-4.
- ✓ Moldagem Dento-Gengival para Construção de Prótese Dentária – código 03.07.04.007-0.
- ✓ Cimentação de Prótese Dentária – código 03.07.04.013-5.
- ✓ Adaptação de Prótese Dentária – código 03.07.04.014-3.
- ✓ Ajuste Oclusal – código 03.07.04.015-1.
- ✓ Instalação de Prótese Dentária – código 03.07.04.016-0.

e) A Primeira Consulta Odontológica Programática – código 03.01.01.015-3 inclui avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo – o terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Recomenda-se uma consulta/ano por pessoa.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Os dados da Ficha Clínica são transcritos para o Mapa de Produção Diária ou Boletim Diário de Atendimento Odontológico o qual, consolidado, informará a produção diária da unidade.
- Está sendo preenchida corretamente a Ficha Clínica Odontológica em todos os seus campos.
- O quantitativo de insumos, equipamentos e instrumental é compatível com o desenvolvimento das ações.
- Os procedimentos endodônticos estão com comprovação radiológica (mínimo duas).

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 08 – Tratamento de Lesões, Envenenamentos e Outros, Decorrentes de Causas Externas**

Neste subgrupo não há procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, de acordo com o atributo dos procedimentos constantes no Sigtap.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 09 – Terapias Especializadas**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento especial e secundário).

São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados pelo MAC:

- ✓ Hipersensibilização Específica (por tratamento completo) – código 03.09.02.001-8.
- ✓ Hiposensibilização com Produtos Autógenos (por tratamento completo) – código 03.09.02.002-6.
- ✓ Hiposensibilização Inespecífica (por tratamento completo) – código 03.09.02.003-4.
- ✓ Cateterismo Evacuador de Bexiga – código 03.09.03.001-3.
- ✓ Cateterismo de Canais Ejaculadores – código 03.09.03.002-1.
- ✓ Cauterização Química de Bexiga – código 03.09.03.003-0.
- ✓ Criocauterização e/ou Eletrocoagulação de Colo de Útero – código 03.09.03.004-8.



- ✓ Dilatação Endoscópica Unilateral e/ou Bilateral – código 03.09.03.006-4.
- ✓ Hidrotubação (por tratamento completo) – código 03.09.03.007-2; Instilação de Bexiga – código 03.09.03.008-0.
- ✓ Persuflação para Desobstrução Tubária (por tratamento completo) – código 03.09.03.015-3.

Sendo que para realização dos procedimentos Dilatação Endoscópica Uni/Bilateral – código 03.09.03.006-4, Hidrotubação (por tratamento completo) – código 03.09.03.007-2, há necessidade de a unidade possuir serviço de endoscopia – código 142 cadastrado no CNES e na classificação do Aparelho Urinário – código 003.

b) Os procedimentos Litotripsia Extracorpórea (onda de choque – tratamento subsequente em uma região renal) – código 03.09.03.010-2, Litotripsia Extracorpórea (onda de choque – tratamento subsequente em duas regiões renais) – código 03.09.03.011-0, Litotripsia Extracorpórea (onda de choque parcial e/ou completa em uma região renal) – código 03.09.03.012-9 e Litotripsia Extracorpórea (onda de choque parcial e/ou completa em duas regiões renais) – código 03.09.03.013-7 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal). A unidade deve possuir serviço de litotripsia – código 169 cadastrado no CNES e na classificação serviço.

c) Os procedimentos Sessão de Acupuntura Aplicação de Ventosas e/ou Moxa – código 03.09.05.001-4, Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas – código 03.09.05.002-2 e Sessão de Eletroestimulação – código 03.09.05.003-0 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e o RAAS. A unidade deve possuir serviço e/ou classificação de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) Os procedimentos Dilatação de Uretra (por sessão) – código 03.09.03.005-6, Massagem de Próstata (por sessão) – código 03.09.03.014-5 e Massagem de Próstata (por sessão) – código 03.09.04.002-7 podem ser realizados tanto na Modalidade de Atendimento Ambulatorial como na Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimento secundário), de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

e) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial):

- ✓ Gastrostomia Endoscópica Percutânea (inclui material e sedação anestésica) – código 03.09.01.003-9.
- ✓ Nutrição Enteral em Adulto – código 03.09.01.004-7.
- ✓ Nutrição Enteral em Neonatologia – código 03.09.01.005-5.
- ✓ Nutrição Enteral em Pediatria – código 03.09.01.006-3.
- ✓ Nutrição Parenteral em Adulto – código 03.09.01.007-1.
- ✓ Nutrição Parenteral em Neonatologia – código 03.09.01.008-0.
- ✓ Nutrição Parenteral em Pediatria – código 03.09.01.009-8.
- ✓ Passagem de Sonda Nasoentérica (inclui material) – código 03.09.01.010-1.
- ✓ Instalação de Cateter Duplo Lúmen por Punção – código 03.09.06.001-0.
- ✓ Instalação de Cateter Mono Lúmen por Punção – código 03.09.06.003-6.

Somente os profissionais médicos não vinculados à rede do SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.

Será permitido, quando necessário, solicitar no mesmo laudo o procedimento 04.09.01.017-0 – Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J com um dos procedimentos de Leco (Litotripsia extracorpórea).



A Apac I Formulário terá validade de até três competências.

O procedimento de código 07.02.06.001-1 – cateter duplo J é secundário. Não há necessidade de emissão de Apac I Formulário ou AIH para sua realização.

É permitida a emissão de mais de uma Apac I Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, de acordo com as combinações descritas no artigo 15 da Portaria MS/SE/SAS nº 47, de 13 de agosto de 2001.

A cobrança dos procedimentos constantes na portaria, anteriormente citada, será efetuada por meio de Apac II Magnética Única, ou seja, abrange o período entre a data de início e fim da Apac I Formulário e somente no mês da realização do procedimento.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver) e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- Os procedimentos Dilatação de Uretra (por sessão) – código 03.09.03.005-6, Massagem de Próstata (por sessão) – código 03.09.03.014-5 e Massagem de Próstata (por sessão) – código 03.09.04.002-7 foram realizados em pacientes internados, porém cobrados na modalidade ambulatorial, considerando o valor zerado quando cobrados na AIH.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Grupo 03 – Procedimentos Clínicos – Subgrupo 10 – Parto e Nascimento**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimentos especial e principal). São financiados com recursos do PAB e do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) O procedimento Assistência ao Parto sem Distorcia – código 03.10.01.001-2 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e tem como instrumento de registro o BPA-I, sendo financiado com recursos do PAB.

b) O procedimento Parto Normal – código 03.10.01.003-9, Parto Normal em Gestação de Alto Risco – código 03.10.01.004-7 e Parto Normal em Centro de Parto Normal (CPN) – código 03.10.01.005-5 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC.

c) O procedimento Atendimento ao recém-nascido no momento do nascimento – código 03.10.01.002-0 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), sendo financiado com recursos do MAC.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

## Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos

### Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 01 – Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar, Hospital-Dia e Atenção Domiciliar e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimentos especial, principal e secundário). São financiados com recursos do PAB e do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Curativo Grau I com ou sem Debridamento – código 04.01.01.002-3, Drenagem de Abscesso – código 04.01.01.003-1, Excisão e/ou Sutura Simples de Pequenas Lesões e/ou Ferimentos de Pele e/ou Anexos e Mucosa – código 04.01.01.006-6 e Frenectomia – código 04.01.01.008-2 podem ser realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar, Hospital-Dia e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimento secundário). São financiados com recursos do PAB, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos da Atenção Básica, quando realizados em Unidades Hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, em conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 9/2000.

c) Os procedimentos Curativo Grau II com ou sem Debridamento – código 04.01.01.001-5, Eletrocoagulação de Lesão Cutânea – código 04.01.01.004-0, Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa – código 04.01.01.005-8 e Incisão e Drenagem de Abscesso – código 04.01.01.010-4 podem ser realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar, Hospital-Dia e Atenção Domiciliar e têm como instrumento de registro o BPA-I, o RAAS e a AIH (procedimento especial). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) O procedimento Tratamento Cirúrgico de Hiperkeratose Plantar (com Correção Plástica) – código 04.01.02.014-2 é realizado nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiado com recursos do MAC.

e) Os procedimentos Homoenxertia (ato cirúrgico pré e pós-operatório) – código 04.01.02.011-8, Tratamento Cirúrgico de Escalpo Parcial – código 04.01.02.012-6, Tratamento Cirúrgico de Escalpo Total – código 04.01.02.013-4, Tratamento em Estágios Subsequentes de Enxertia – código 04.01.02.016-9 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC.

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

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Nos valores pagos está incluída a sutura da pele (incisão cirúrgica).
- Os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré-operatório e pós-operatório.

f) Nas pequenas Cirurgias e Cirurgias Ambulatoriais verificar se:

- Existe registro de descrição das cirurgias e se o boletim de anestesia está anexado.
- Nos pagamentos das suturas, ditas “plásticas reparadoras”, estão justificadas com relatório circunstanciado da cirurgia.
- Nas suturas de pele, incluídas como cirurgias ambulatoriais, (ferimento for extenso ou em casos especiais), estão devidamente justificados e descritos pelo médico responsável.
- Nos valores pagos está incluída a sutura da pele (incisão cirúrgica).
- Nos valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios.
- No caso de dois ou mais procedimentos, constantes da Tabela Unificada, forem realizadas durante o mesmo ato cirúrgico, deverá ser cobrado o maior valor quando:
- Durante o ato cirúrgico houver indicação de outra(s) intervenção(ões) sobre órgão ou região, desde que realizada(s) pela mesma incisão.
- Novas incisões tiverem que ser feitas para a complementação do ato cirúrgico.
- O primeiro atendimento que inclua ato cirúrgico implicará somente no pagamento desse ato, nele ficando incluído o valor da consulta, ou quaisquer outros atos relacionados com a sequência desse atendimento.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 02 – Cirurgia de Pele Glândulas Endócrinas**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Tireoidectomia Parcial – código 04.02.01.003-5, Tireoidectomia Total – código 04.02.01.004-3 e Tireoidectomia Total Com Esvaziamento Ganglionar – código 04.02.01.005-1 são realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC.

b) Os procedimentos Extirpação de Bócio Intratorácico por Via Transesternal – código 04.02.01.001-9, Paratireoidectomia – código 04.02.01.002-7, Suprarrenalectomia Bilateral – código 04.02.02.001-4 e Suprarrenalectomia Unilateral 04.02.02.002-2 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 03 – Cirurgia do Sistema Nervoso Central e Periférico**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal). São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Alcoolização de Nervo Craniano – código 04.03.05.001-4, Alcoolização de Trigêmio – código 04.03.05.002-2 e Neurotomia Percutânea de Nervos Periféricos por Agentes Químicos – código 04.03.05.008-1 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e são financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) O procedimento Drenagem Liquórica Lombar Externa – código 04.03.01.039-0 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal). Para a realização deste procedimento, a unidade deverá possuir habilitação em alta complexidade em neurologia e/ou neurocirurgia – código 1602 ou 1601, sendo financiado pelo Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) O procedimento Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo – código 04.03.02.012-3 pode ser realizado tanto na Modalidade de Atendimento Hospitalar como na Modalidade Hospital-Dia, tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiado pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Se a unidade tiver habilitação em Centro de Trauma (códigos 34.01, 34.02, 34.03) e realizar os procedimentos Craniotomia Descompressiva – código 04.03.01.002-0, Craniotomia Descompressiva da Fossa Posterior – código 04.03.01.003-9 e Craniotomia para Retirada de Corpo Estranho Intracraniano – código 04.03.01.006-3 receberá um incremento sobre cada procedimento realizado, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap – Conforme Portaria MS/GM nº 1.366, de 8 de julho de 2013.

d) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal):

- ✓ Craniotomia para Retirada de Cisto e/ou Abscesso e/ou Granuloma Encefálico – código 04.03.01.004-7.
- ✓ Craniotomia para Retirada de Cisto e/ou Abscesso e/ou Granuloma Encefálico (com técnica complementar) – código 04.03.01.005-5.
- ✓ Craniotomia para Retirada de Corpo Estranho Intracraniano (com técnica complementar) – código 04.03.01.007-1.
- ✓ Descompressão de Órbita por Doença ou Trauma – código 04.03.01.011-0.
- ✓ Microcirurgia Cerebral Endoscópica – código 04.03.01.012-8.
- ✓ Microcirurgia da Siringomielia – código 04.03.01.013-6.
- ✓ Reconstrução Craniana e/ou Craniofacial – código 04.03.01.014-4.

Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá possuir habilitação em Alta Complexidade em Neurologia e/ou Neurocirurgia ou Oncologia, sendo financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 04 – Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Face, da Cabeça e do Pescoço**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do PAB, do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) O procedimento Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva e Nasal – código 04.04.01.030-0 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, sendo financiado pelo PAB.

b) Os procedimentos, listados a seguir, são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar:

- ✓ Tireoplastia – código 04.04.01.056-3.
- ✓ Elevação do Assoalho do Seio Maxilar – código 04.04.02.071-2.
- ✓ Osteossíntese de Fratura Bilateral do Côndilo Mandibular – código 04.04.02.072-0.
- ✓ Palatoplastia Secundária em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.04.03.026-2-3.
- ✓ Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Velofaríngea em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.04.03.027-0 e código 04.04.03.028-0, respectivamente.
- ✓ Osteotomia Craniofacial Complexa em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.04.03.029-7.
- ✓ Remodelação Craniofacial em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.04.03.030-0.

Obs.: O procedimento 04.04.02.077-1 também é realizado na Modalidade de Hospital-Dia.

Todos têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e são financiados pelo Faec.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 05 – Cirurgia do Aparelho da Visão**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento principal). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Drenagem de Abscesso de Pálpebra – código 04.05.01.004-4.
- ✓ Epilação a Laser – código 04.05.01.005-2, Epilação de Cílios – código 04.05.01.006-0.
- ✓ Oclusão de Ponto Lacrimal – código 04.05.01.010-9.
- ✓ Simblefaroplastia – código 04.05.01.014-1.
- ✓ Sondagem de Vias Lacrimais – código 04.05.01.016-8.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase – código 04.05.01.018-4.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Triquiase com ou sem Enxerto – código 04.05.01.019-2.
- ✓ Punctoplastia – código 04.05.01.020-6.
- ✓ Crioterapia Ocular – código 04.05.03.003-7.
- ✓ Injeção Intravítreo – código 04.05.03.005-3.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Deiscência de Sutura de Esclera – código 04.05.03.010-0.



- ✓ Tratamento Cirúrgico de Neoplasia de Esclera – código 04.05.03.012-6.
- ✓ Vitriolise a Yag Laser – código 04.05.03.015-0.
- ✓ Retinopexia Pneumática – código 04.05.03.021-5.
- ✓ Remoção de Óleo de Silicone – código 04.05.03.022-3.
- ✓ Remoção de Implante Episcleral – código 04.05.03.023-1.
- ✓ Injeção Retrobulbar e/ou Peribulbar – código 04.05.04.013-0.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Xantelasma – código 04.05.04.019-9.
- ✓ Cauterização de Córnea – código 04.05.05.003-8.
- ✓ Correção de Astigmatismo Secundário – código 04.05.05.006-2.
- ✓ Correção Cirúrgica de Hérnia de Íris – código 04.05.05.007-0.
- ✓ Exérese de Tumor de Conjuntiva – código 04.05.05.008-9.
- ✓ Injeção Subconjuntival e/ou Subtenoniana – código 04.05.05.016-0.
- ✓ Iridectomia Cirúrgica – código 04.05.05.017-8.
- ✓ Paracentese de Câmara Anterior – código 04.05.05.020-8.
- ✓ Retirada de Corpo Estranho da Câmara Anterior do Olho – código 04.05.05.024-0.
- ✓ Retirada de Corpo Estranho da Córnea – código 04.05.05.025-9.
- ✓ Sinequiolise a Yag Laser – código 04.05.05.026-7.
- ✓ Substituição de Lente Intraocular – código 04.05.05.028-3.
- ✓ Sutura de Conjuntiva – código 04.05.05.029-1.
- ✓ Sutura de Córnea – código 04.05.05.030-5.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Pterígio – código 04.05.05.036-4.

b) Os procedimentos Fotocoagulação a Laser – código 04.05.03.004-5, Capsulotomia a Yag Laser – código 04.05.05.002-0, Fototrabeculoplastia a Laser – código 04.05.05.012-7 e Iridotomia a Laser – código 04.05.05.019-4 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) São procedimentos realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento principal) e são financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Correção Cirúrgica do Estrabismo (até dois músculos) – código 04.05.02.002-3.
- ✓ Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser – código 04.05.03.019-3.
- ✓ Nucleação de Globo Ocular – código 04.05.04.006-7.
- ✓ Evisceração de Globo Ocular – código 04.05.04.007-5.
- ✓ Facectomia com Implante de Lente Intraocular – código 04.05.05.009-7.
- ✓ Facectomia sem Implante de Lente Intraocular – código 04.05.05.010-0.
- ✓ Facectomia sem Implante de Lente Intraocular – código 04.05.05.011-9.
- ✓ Facoemulsificação com Implante de Lente intraocular Dobrável – código 04.05.05.037-2.

No procedimento Facectomia com Implante de Lente Intraocular – código 04.05.05.009-7, Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular Rígida – código 04.05.05.011-9, Substituição de lente Intraocular – código 04.05.05.028-3 e Facoemulsificação com Implante de Lente intraocular Dobrável – código 04.05.05.037-2, o valor da lente já está inclusa no procedimento.

d) São procedimentos realizados apenas nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:



- ✓ Extirpação de Glândula Lacrimal – código 04.05.01.008-7.
- ✓ Reconstituição Total de Pálpebra – código 04.05.01.013-3.
- ✓ Sondagem de Canal Lacrimal sob Anestesia Geral – código 04.05.01.015-0.
- ✓ Aplicação de Placa Radioativa Episcleral – código 04.05.03.001-0.
- ✓ Vitrectomia Posterior – código 04.05.03.014-2.
- ✓ Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono e Endolaser – código 04.05.03.016-9
- ✓ Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono/Óleo de Silicone/Endolaser – código 04.05.03.017-7.
- ✓ Termoterapia Transpupilar – código 04.05.03.018-5.
- ✓ Drenagem de Hemorragia de Coróide – código 04.05.03.020-7.
- ✓ Crioterapia de Tumores Intraoculares – código 04.05.04.002-4.
- ✓ Descompressão de Nervo Óptico – código 04.05.04.004-0.
- ✓ Descompressão de Órbita – código 04.05.04.005-9.
- ✓ Exenteração de Órbita – código 04.05.04.008-3.
- ✓ Exérese de Tumor Maligno Intraocular – código 04.05.04.009-1.
- ✓ Orbitotomia – código 04.05.04.014-8.
- ✓ Reconstituição de Cavidade Orbitária – código 04.05.04.015-6.
- ✓ Reconstituição de Parede da Órbita – código 04.05.04.016-4.
- ✓ Transplante de Periósteo em Escleromalacia – código 04.05.04.018-0.
- ✓ Implante de Prótese Antiglaucomatosa – código 04.05.05.013-5.
- ✓ Iridociclectomia – código 04.05.05.018-6.
- ✓ Reconstrução de Câmara Anterior do Olho – código 04.05.05.023-2.
- ✓ Topoplastia do Transplante – código 04.05.05.031-3.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Glaucoma Congênito – código 04.05.05.035-6.
- ✓ Cirurgia de Catarata Congênita – código 04.05.05.038-0.

Somente o oftalmologista está habilitado a realizar esses procedimentos.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver) e Laudo Médico para Emissão de Apac.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime hospitalar, porém pago na modalidade ambulatorial.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 06 – Cirurgia do Aparelho Circulatório**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimentos principal, especial e secundário). São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Excisão e Sutura de Hemangioma – código 04.06.02.013-2, Excisão e Sutura de Linfangioma e/ou Nevus – código 04.06.02.014-0, Linfadenectomia Profunda – código 04.06.02.020-5 e Linfadenectomia Superficial – código 04.06.02.029-9 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados pelo MAC.

b) O procedimento Dissecção de Veia e/ou Artéria – código 04.06.02.009-4 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimento secundário), sendo financiado com recursos do MAC.

c) O procedimento Retirada de Cateter de Longa Permanência Semi ou Totalmente Implantável – código 04.06.02.062-0 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e tem como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal), sendo financiado com recursos do MAC.

Os outros procedimentos deste subgrupo são realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro a AIH (procedimentos principal, especial e secundário). São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime hospitalar, porém pago na modalidade ambulatorial.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 07 – Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimentos principal, especial e secundário). São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) O procedimento Excisão de Lesão e/ou Tumor Anorretal – código 04.07.02.022-5 pode ser realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia. Quando realizado na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Tratamento Esclerosante e/ou Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo – código 04.07.01.031-9.
- ✓ Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo incluindo Ligadura Elástica – código 04.07.01.032-7.
- ✓ Ligadura Elástica de Hemorroidas (sessão) – código 04.07.02.031-4.
- ✓ Redução Manual de Procidência de Reto – código 04.07.02.037-3.
- ✓ Retirada de Corpo Estranho e/ou Pólipos do Reto e/ou Colo Sigmoide – código 04.07.02.039-0.

- ✓ Tratamento Cirúrgico de Prurido Anal – código 04.07.02.048-9.
- ✓ Tratamento Esclerosante de Hemorroidas (por sessão) – código 04.07.02.049-7.
- ✓ Colocação de Prótese Biliar – código 04.07.03.008-5.
- ✓ Dilatação Percutânea de Estenoses e Anastomoses Biliares – código 04.07.03.009-3.
- ✓ Drenagem Biliar Percutânea Externa – código 04.07.03.010-7.
- ✓ Drenagem Biliar Percutânea Interna – código 04.07.03.011-5.
- ✓ Retirada Percutânea de Cálculos Biliares – código 04.07.03.023-9.

c) Os procedimentos Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia – código 04.07.01.024-6, Retirada de Pólipos do Tubo Digestivo por Endoscopia – código 04.07.01.025-4 e Pneumoperitônio (por sessão) – código 04.07.04.021-8 são realizados tanto nas modalidades de Atendimento Ambulatorial ou na Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial) são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) Os procedimentos Gastrectomia com ou sem Desvio Duodenal – código 04.07.01.012-2, Gastroplastia com Derivação Intestinal – código 04.07.01.017-3, Gastroplastia Vertical com Banda – código 04.07.01.018-1, Gastrectomia Vertical em Manga (sleeve) – código 04.07.01.036-0 e Tratamento de Intercorrências Cirúrgicas Pós-Cirurgia Bariátrica – código 04.07.01.037-8 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Para realização desses procedimentos, a unidade deverá ser habilitada em Alta Complexidade ao paciente portador de obesidade grave.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime hospitalar, porém pago na modalidade ambulatorial.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 08 – Cirurgia do Sistema Osteomuscular**

a) Os procedimentos Ressecção de Exostose – código 04.08.06.022-0, Tratamento Cirúrgico de Polidactilia não Articulada – código 04.08.06.065-4 e Tratamento Cirúrgico de Ruptura do Aparelho Extensor do Dedo – código 04.08.06.068-9 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos Instalação de Tração Esquelética do Membro Superior – código 04.08.02.011-3, Instalação de Tração Craniana – código 04.08.03.048-8, Retirada de Enxerto Autógeno de Iliaco – código 04.08.04.021-1 e Instalação de Tração Esquelética do Membro Inferior – código 04.08.05.009-8 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) O procedimento Tenomiorrafia – código 04.08.06.045-0 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) O procedimento Redução Incruenta de Fratura e Fratura-Luxação ao Nível da Cintura Escapular – código 04.08.01.012-6 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, tem como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial) e financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

e) São procedimentos que podem ser realizados tanto na Modalidade de Atendimento Ambulatorial como na Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Fasciotomia de Membros Superiores – código 04.08.02.010-5.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura e/ou Lesão Fisaria do Extremo Proximal do Úmero – código 04.08.02.016-4.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura e/ou Lesão Fisaria no Punho – código 04.08.02.017-2.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura e/ou Luxação de Monteggia ou de Galeazzi – código 04.08.02.018-0.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura da Diáfise do Úmero – código 04.08.02.019-9.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura Diafisaria dos Ossos do Antebraço – código 04.08.02.020-2.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação e/ou Fratura-Luxação do Cotovelo – código 04.08.02.022-9.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação ou Fratura e/ou Luxação no Punho – código 04.08.02.024-5.
- ✓ Revisão Cirúrgica de Coto de Amputação do Membro Superior (exceto mão) – código 04.08.02.029-6.
- ✓ Tenosinovectomia em Membro Superior – código 04.08.02.030-0.
- ✓ Redução Incruenta da Luxação e/ou Fratura-Luxação Metatarso-Falangiana e/ou Interfalangiana do Pé – código 04.08.05.019-5.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura e/ou Lesão Fisaria dos Metatarsianos – código 04.08.05.020-9.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura/Luxação/Fratura-Luxação do Tornozelo – código 04.08.05.021-7.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura Diafisaria e/ou Lesão Fisaria Distal da Tíbia com ou sem Fratura da Fíbula – código 04.08.05.022-5.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura dos Ossos do Tarso – código 04.08.05.024-1.
- ✓ Redução Incruenta de Fratura ou Lesão Fisaria do Joelho – código 04.08.05.025-0.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação e/ou Fratura-Luxação do Joelho – código 04.08.05.026-8.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação Femoropatelar – código 04.08.05.027-6.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação ou Fratura e/ou Luxação Subtalar e Intratarsica – código 04.08.05.028-4.
- ✓ Redução Incruenta de Luxação ou Fratura/Luxação Tarso-Metatarsica – código 04.08.05.029-2.
- ✓ Revisão Cirúrgica de Coto de Amputação em Membro Inferior (exceto dedos do pé) – código 04.08.05.033-0.
- ✓ Amputação e/ou Desarticulação de Dedo – código 04.08.06.004-2.
- ✓ Bursectomia – código 04.08.06.008-5.
- ✓ Manipulação Articular – código 04.08.06.015-8.
- ✓ Ressecção de Cisto Sinovial – código 04.08.06.021-2.

- ✓ Ressecção Muscular – código 04.08.06.030-1.
- ✓ Retirada de Fio ou Pino Intraósseo – código 04.08.06.035-2.
- ✓ Retirada de Tração Transsesquelética – código 04.08.06.040-9.
- ✓ Revisão Cirúrgica de Coto de Amputação dos Dedos – código 04.08.06.042-5.

Os demais procedimentos deste subgrupo são realizados somente na Modalidade Hospitalar.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 09 – Cirurgia do Aparelho Geniturinário**

Neste subgrupo os procedimentos podem ser realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Colocação Percutânea de Cateter Pielo-Uretero-Vesical Unilateral – código 04.09.01.010-3.
- ✓ Dilatação Percutânea de Estenoses Ureterais e Junção Uretero-Vesical – código 04.09.01.011-1.
- ✓ Extração Endoscópica de Corpo Estranho e/ou Cálculo em Ureter – código 04.09.01.015-4.
- ✓ Implante de Cateter Ureteral por Técnica Cistoscópica – código 04.09.01.016-2.
- ✓ Nefrostomia (por punção) – código 04.09.01.027-8.
- ✓ Tratamento cirúrgico de Cisto de Rim por Punção – código 04.09.01.042-1.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Fistula Vesicocutânea – código 04.09.01.044-8.
- ✓ Meatotomia Endoscópica – código 04.09.02.006-0.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária – código 04.09.02.011-7.
- ✓ Uretrotomia para Retirada de Cálculo ou Corpo Estranho – código 04.09.02.018-4.
- ✓ Exploração Cirúrgica do Canal Deferente – código 04.09.04.010-0.
- ✓ Liberação e/ou Plástica de Prepúcio – código 04.09.05.005-9.
- ✓ Plástica de Freio Balanoprepucial – código 04.09.05.006-7.
- ✓ Dilatação de Colo do Útero – código 04.09.06.006-2.
- ✓ Exérese da Zona de Transformação do Colo Uterino – código 04.09.06.008-9.
- ✓ Exérese de Pólipo de Útero – código 04.09.06.009-7.
- ✓ Extração de Corpo Estranho da Vagina – código 04.09.07.017-3.

b) São procedimentos realizados nas Modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial), e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Punção e/ou Aspiração da Bexiga – código 04.09.01.035-9.
- ✓ Extração Endoscópica de Corpo Estranho e/ou Cálculo na Uretra com Cistoscopia – código 04.09.02.003-6.
- ✓ Drenagem de Abscesso do Epidídimo e/ou Canal Deferente – código 04.09.04.002-9.
- ✓ Exérese de Cisto de Bolsa Escrotal – código 04.09.04.006-1.
- ✓ Drenagem de Glândula de Bartholin e/ou Skene – código 04.09.07.012-2.
- ✓ Extirpação de Lesão de Vulva e/ou Períneo (por eletrocoagulação ou Fulguração) – código 04.09.07.016-5.
- ✓ Himenotomia – código 04.09.07.018-1.

c) Os procedimentos Cirurgias Complementares de Redesignação Sexual – código 04.09.05.013-0, Redesignação Sexual no Sexo Masculino – código 04.09.05.014-8 e Histerectomia com Anexectomia Bilateral e Colpectomia em Usuárias sob Processo Transexualizador – código 04.09.06.029-1 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), e financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) São procedimentos realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Cistostomia – código 04.09.01.009-0.
- ✓ Nefrostomia Percutânea – código 04.09.01.029-4.
- ✓ Ressecção Endoscópica de Lesão Vesical – código 04.09.01.038-3.
- ✓ Drenagem de Coleção Peri-Uretral – código 04.09.02.001-0.
- ✓ Drenagem de Fleimão Urinoso – código 04.09.02.002-8.
- ✓ Meatotomia Simples – código 04.09.02.007-9.
- ✓ Ressecção de Carúncula Uretral – código 04.09.02.008-7.
- ✓ Ressecção de Prolapso da Mucosa da Uretra – código 04.09.02.009-5.
- ✓ Uretrotomia Interna – código 04.09.02.017-6.
- ✓ Drenagem de Abscesso da Bolsa Escrotal – código 04.09.04.001-0.
- ✓ Exérese de Cisto de Epidídimo – código 04.09.04.007-0.
- ✓ Exérese de Lesão do Cordão Espermatóico – código 04.09.04.008-8.
- ✓ Orquiectomia Unilateral – código 04.09.04.016-9.
- ✓ Cerclagem de Colo do Útero – código 04.09.06.001-1.
- ✓ Colpotomia – código 04.09.07.010-6.
- ✓ Exérese de Cisto Vaginal – código 04.09.07.014-9.

e) São procedimentos realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento principal) e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J – código 04.09.01.017-0.
- ✓ Orquiectomia Subcapsular Bilateral – código 04.09.04.014-2.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Hidrocele – código 04.09.04.021-5.
- ✓ Vasectomia – código 04.09.04.024-0.
- ✓ Postectomia – código 04.09.05.008-3.



- ✓ Curetagem Semiótica com ou sem Dilatação do Colo do Útero – código 04.09.06.004-6.
- ✓ Histeroscopia Cirúrgica com Ressectoscópio – código 04.09.06.017-8.
- ✓ Exérese de Glândula de Bartholin e/ou Skene – código 04.09.07.015-7.

Os demais procedimentos deste subgrupo são realizados somente na Modalidade Hospitalar.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.
- Nos serviços habilitados como Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (RC) – código 01.19, há o cumprimento da produção mínima anual estabelecida na Portaria MS/GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014, quanto ao procedimento Exérese da Zona de Transformação do Colo Uterino – código 04.09.06.008-9.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 10 – Cirurgia de Mama**

a) Os procedimentos Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário – código 04.10.01.002-2, Exérese de Mama Supranumerária – código 04.10.01.003-0 e Reversão de Mamilo Invertido – código 04.10.01.010-3 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, sendo financiados com recursos do MAC.

b) Os procedimentos Drenagem de Abscesso de Mama – código 04.10.01.001-4, Plástica Mamária Masculina – código 04.10.01.008-1 e Setorectomia e/ou Quadrantectomia – código 04.10.01.011-1 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, e têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal). O procedimento Exérese de Mamilo – código 04.10.01.004-9 tem como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial), todos são financiados com recursos do MAC.

c) São procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e financiados com recursos do Faec:

- ✓ Retirada de Prótese Mamária Unilateral em Casos de Complicação da Prótese Mamária Implantada – código 04.10.01.013-8.
- ✓ Retirada de Prótese Mamária Bilateral em Casos de Complicação da Prótese Mamária Implantada – código 04.10.01.014-6.
- ✓ Retirada de Prótese Mamária Unilateral em Casos de Complicação de Implantação da Prótese, com implantação de nova prótese, no mesmo ato cirúrgico – código 04.10.01.015-4.
- ✓ Retirada de Prótese Mamária Bilateral em Casos de Complicação de Implantação da Prótese, com implantação de nova prótese no mesmo ato cirúrgico – código 04.10.01.016-2.
- ✓ Implante de Prótese Mamária Unilateral Pós Tratamento de Complicação de Implante Mamário Anterior – código 04.10.01.017-0.
- ✓ Implante de Prótese Mamária Bilateral Pós-Tratamento de Complicação de Implante Mamário Anterior – código 04.10.01.018-9.
- ✓ Mastectomia Simples Bilateral em Usuário sob Processo Transexualizador – código 04.10.01.019-7.
- ✓ Plástica Mamária Reconstructiva Bilateral incluindo Prótese Mamária de Silicone Bilateral no Processo Transexualizador – código 04.10.01.020-0.

d) Os procedimentos Mastectomia Radical com Linfadenectomia – código 04.10.01.005-7, Mastectomia Simples – código 04.10.01.06-5, Plástica Mamária Feminina não Estética – código 04.10.01.007-3, Plástica Mamária Reconstructiva – Pós-Mastectomia com implante de prótese – código 04.10.01.009-0, e Setorectomia/Quadrantectomia com Esvaziamento Ganglionar – código 04.10.01.012-0 são realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 11 – Cirurgia Obstétrica**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro o BPA-I ou BPA-C e a AIH (procedimento principal).

São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) O procedimento Ressutura de Episiorrafia Pós-Parto – código 04.11.01.006-9 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos Descolamento Manual de Placenta – código 04.11.01.001-8, Sutura de Lacerações de Trajeto Pélvico (no parto antes da admissão) – código 04.11.01.007-7 e Curetagem Pós-Abortamento e/ou Puerperal – código 04.11.02.001-3 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal), sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), com financiamento dos recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco – código 04.11.01.002-6.
- ✓ Parto Cesariano – código 04.11.01.003-4.
- ✓ Parto Cesariano com Laqueadura Tubária – código 04.11.01.004-2.
- ✓ Redução Manual de Inversão Uterina Aguda Pós-parto – código 04.11.01.005-0.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Inversão Uterina Aguda Pós-Parto – código 04.11.01.008-5.
- ✓ Embriotomia – código 04.11.02.002-1.
- ✓ Histerectomia Puerperal – código 04.11.02.003-0.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Gravidez Ectópica – código 04.11.02.004-8.
- ✓ Tratamento de outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez – código 04.11.02.005-6.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 12 – Cirurgia Torácica**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimentos principal, secundário e especial). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Punção de Traqueia com Aspiração – código 04.12.01.006-2, Retirada de Dreno Tubular Torácico – código 04.12.03.012-8 e Toracocentese e/ou Drenagem de Pleura – código 04.12.05.017-0 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) O procedimento Colocação de Prótese Laringo Traqueal e/ou Traqueobronquite (inclui prótese) – código 04.12.01.004-6 é realizado nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e é financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) O procedimento Traqueostomia com Colocação de Órtese Traqueal ou Traqueobrônquica – código 04.12.01.012-7 é realizado apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) Os procedimentos Pleurectomia – código 04.12.03.005-5, Pleurotomia – código 04.12.03.006-3 e Repleção de Cavidade Pleural com Solução para Tratamento de Empiema Crônico – código 04.12.03.007 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário), sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Os demais procedimentos deste subgrupo são realizados somente na Modalidade Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal).

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 13 – Cirurgia Reparadora**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimentos principal e secundário) e a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do PAB, do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) O procedimento Atendimento de Urgência em Pequeno Queimado – código 04.13.01.002-3 é realizado na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, sendo financiado com recursos do PAB. O procedimento Autonomização de Retalho – código 04.13.04.001-1, também tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, porém financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos da Atenção Básica, quando realizados em unidades hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, de conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 9/2000.

c) Os procedimentos Curativo em Grande Queimado – código 04.13.01.003-1, Curativo em Médio Queimado – código 04.13.01.004-0 e Curativo em Pequeno Queimado – código 04.13.01.005-8 são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário). Para realização do procedimento 04.13.01.003-1, há necessidade de a unidade possuir habilitação em alta complexidade em assistência a queimados (código 2101 ou 2102). Todos os procedimentos são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) O procedimento Preenchimento Facial com Polimetilmetacrilato em Paciente com Lipoatrofia Facial causado pela Redução dos Coxis Gordurosos das Regiões Malar, Temporal e Pré-Auricular – código 04.13.03.004-0 é realizado na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e tem como instrumento de registro a Apac (procedimento principal). Para realização deste procedimento, há necessidade de a unidade possuir habilitação em tratamento da Lipoatrofia ou Lipodistrofia do portador do HIV (código 1103 ou 1104), sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

e) O procedimento Transferência Intermediária de Retalho – código 04.13.04.015-1 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, tem como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal) sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sitap.

f) O procedimento Dermolipectomia Abdominal Pós-Cirurgia Bariátrica – código 04.13.04.005-4 é realizado na Modalidade de Atendimento Hospitalar e tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal). Para realização deste procedimento, a unidade deverá ser habilitada em alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave, sendo financiado com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

g) O procedimento Tratamento de Intercorrência em Paciente Médio e Grande Queimado – código 04.13.01.007-4 é realizado na Modalidade de Atendimento Hospitalar, tem como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), sendo financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

h) Os procedimentos considerados secundários não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética, referente aos procedimentos Curativo em Grande Queimado – código 04.13.01.003-1, Curativo em Médio Queimado – código 04.13.01.004-0 e Curativo em Pequeno Queimado – código 04.13.01.005-8.

Os demais procedimentos deste subgrupo são realizados somente na Modalidade Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal).

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Laudo Médico para Emissão de Apac e Controle de Frequência Individual.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 14 – Bucomaxilofacial**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, a Apac (procedimento principal), o RAAS e a AIH (procedimentos principal, secundário e especial). São financiados com recursos do PAB, do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Tratamento Cirúrgico de Dente Incluso em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.14.01.037-0 e Implante Dentário Osteointegrado – código 04.14.02.042-1 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC e do Faec, respectivamente, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Para a realização do procedimento Implante Dentário Osteointegrado – código 04.14.02.042-1, a unidade deverá ser habilitada em alta complexidade como Centro de Especialidade Odontológica ou Centro de Tratamento da Má Formação (códigos 0401, 0403, 0404 e 0405).

b) O procedimento Glossorrafia – código 04.14.02.017-0 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Atenção Domiciliar, Hospitalar e Hospital-Dia, tem como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, o RAAS e a AIH (procedimento secundário), sendo financiado com recursos do PAB, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

c) Os procedimentos da Atenção Básica, quando realizados em unidades hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, em conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 9/2000.

d) Os procedimentos Tratamento Cirúrgico de Fístula Orossinusal e/ou Oronasal – código 04.14.01.025-6 e Excisão de Cálculo de Glândula Salivar – código 04.14.01.034-5 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimento principal) sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

e) São procedimentos realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (procedimento especial), sendo financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Exérese de Cisto Odontogênico e Não Odontogênico – código 04.14.01.036-1.
- ✓ Tratamento Cirúrgico de Fístula Intra e/ou Extraoral – código 04.14.01.038-8.
- ✓ Apicectomia com ou sem Obturação Retrógrada – código 04.14.02.002-2.
- ✓ Aprofundamento de Vestíbulo Oral (por sextante) – código 04.14.02.003-0.
- ✓ Correção de Bridas Musculares – código 04.14.02.004-9.
- ✓ Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar – código 04.14.02.005-7.
- ✓ Correção de Tuberosidade do Maxilar – código 04.14.02.006-5.
- ✓ Curetagem Periapical – código 04.14.02.007-3.
- ✓ Enxerto Gengival – código 04.14.02.008-1.



- ✓ Enxerto Ósseo de Área Doadora Intrabucal – código 04.14.02.009-0.
- ✓ Exodontia Múltipla com Alveoloplastia por Sextante – código 04.14.02.014-6.
- ✓ Gengivectomia (por sextante) – código 04.14.02.015-4.
- ✓ Gengivoplastia (por dextante) – código 04.14.02.016-2.
- ✓ Marsupialização de Cistos e Pseudocistos – código 04.14.02.020-0.
- ✓ Odontosecção/Radilectomia/Tunelização – código 04.14.02.021-9.
- ✓ Reimplante e Transplante Dental (por elemento) – código 04.14.02.024-3.
- ✓ Remoção de Dente Retido (incluso/impactado) – código 04.14.02.027-8.
- ✓ Remoção de Torus e Exostoses – código 04.14.02.029-4.
- ✓ Tratamento Cirúrgico para Tracionamento Dental – código 04.14.02.036-7.
- ✓ Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante) – código 04.14.02.037-5.

f) Os procedimentos Exodontia de Dente Decíduo – código 04.14.02.012-0, Exodontia de Dente Permanente – código 04.14.02.013-8, Tratamento Cirúrgico de Hemorragia Bucodental – código 04.14.02.035-9, Tratamento de Alveolite – código 04.14.02.038-3 e Ulotomia e/ou Ulectomia – código 04.14.02.040-5 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C, e a AIH (procedimento secundário), sendo financiado com recursos do PAB, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

g) Os procedimentos da Atenção Básica, quando realizados em unidades hospitalares, deverão ser pagos pelo gestor municipal, em conformidade com os dispositivos da Portaria MS/SAS nº 9/2000.

h) O procedimento Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais – código 04.14.02.041-3 é realizado nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, tem como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), sendo financiado com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Nos procedimentos cobrados por Apac, deverá ser verificado o cumprimento dos dispositivos nas normas do MS/SAS (Portaria MS/SAS nº 431, de 14 de novembro de 2000, Portaria MS/SAS 718, de 20 de dezembro de 2010 e Nota Técnica CGSB/DAB/SAS/MS), como por exemplo, que:

- O controle de frequência individual deverá ser preenchido em uma via e encaminhado pela UPS ao órgão de secretaria de saúde responsável pela revisão técnica, ao final de cada mês.
- Somente os profissionais odontólogos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.
- Poderá ser emitida mais de uma Apac – I Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, nas situações estabelecidas pela Portaria MS/SAS nº 431/2000.
- No valor dos procedimentos estão incluídos todos os atos, atividades e materiais necessários à sua realização.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário; Laudo Médico para Emissão de Apac; Controle de Frequência Individual e Resultados dos Exames.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.



- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 15 – Outras Cirurgias**

Neste subgrupo, apenas os procedimentos Debridamento de Úlcera e/ou Necrose – código 04.15.04.004-3, Drenagem de Coleções Viscerais e/ou Cavitárias por Cateterismo – código 04.15.04.005-1 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e o RAAS. São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do MAC e do Faec:

- ✓ Tratamento como Cirurgias Múltiplas – código 04.15.01.001-2.
- ✓ Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-Cirurgia Bariátrica – código 04.15.02.001-8.
- ✓ Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais – código 04.15.02.003-4.
- ✓ Procedimentos Sequenciais em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial – código 04.15.02.004-2.
- ✓ Procedimentos Sequenciais em Oncologia – código 04.15.02.005-0.
- ✓ Procedimentos Sequenciais em Ortopedia – código 04.15.02.006-9.
- ✓ Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia – código 04.15.02.007-7.
- ✓ Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado – código 04.15.03.001-3.
- ✓ Debridamento de Fasciite Necrotizante – código 04.15.04.002-7.

b) O procedimento Debridamento de Úlcera e/ou de Tecidos Desvitalizados – código 04.15.04.003-5 é realizado nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Atenção Domiciliar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e o RAAS. É financiado com recursos do MAC.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 16 – Cirurgia em Oncologia**

Neste subgrupo, apenas o procedimento Ressecção em Cunha de Lábio e Sutura em Oncologia – código 04.16.03.014-9 é realizado nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e tem como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento principal). É financiado com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Alcoolização Percutânea de Carcinoma Hepático – código 04.16.04.017-9 e Tratamentos de Carcinoma Hepático por Radiofrequência – código 04.16.04.018-7 são realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e são financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos Orquiectomia Unilateral em Oncologia – código 04.16.01.011-3, Ressecção Endoscópica de Tumor Vesical em Oncologia – código 04.16.01.017-2, Ressecção de Lesão Não Palpável de Mama com Marcação em Oncologia (por mama) – código 04.16.12.004-0 e Segmentectomia/Quadrantectomia/Setorectomia de Mama em Oncologia – código 04.16.12.005-9 são realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal). Os demais procedimentos cirúrgicos deste subgrupo são realizados somente na Modalidade Hospitalar, tendo como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e financiados pelo MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.
- Houve pagamento de procedimento cirúrgico realizado em regime ambulatorial, porém pago na modalidade hospitalar.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 17 – Anestesiologia**

Neste subgrupo apenas os procedimentos Anestesia Regional – código 04.17.01.005-2 e Sedação – código 04.17.01.006-0 são realizados nas modalidades Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia e têm como instrumento de registro o BPA-I e a AIH (procedimento especial). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Os procedimentos Anestesia Obstétrica para Cesariana – código 04.17.01.001-0, Analgesia Obstétrica para Parto Normal – código 04.17.01.002-8, Anestesia Obstétrica para Cesariana em Gestação de Alto Risco – código 04.17.01.003-6 e Anestesia Geral – código 04.17.01.004-4 são realizados nas modalidades de Atendimento Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial). São financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos – Subgrupo 18 – Cirurgia em Nefrologia**

Neste subgrupo, os procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimentos principal e secundário) e são financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Confecção de Fístula Arteriovenosa com Enxertia de Politetrafluoretileno (PTFE) – código 04.18.01.001-3.
- ✓ Confecção de Fístula com Enxerto Autólogo – código 04.18.01.002-1.
- ✓ Confecção de Fístula Arteriovenosa para Hemodiálise – código 04.18.01.003-0.
- ✓ Implante de Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise – código 04.18.01.004-8.
- ✓ Implante de Cateter Duplo Lúmen para Hemodiálise – código 04.18.01.006-4.

- ✓ Implante de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar para DPA e/ou DPAC – código 04.18.01.008-0.
- ✓ Implante de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar para DPI – código 04.18.01.009-9.
- ✓ Intervenção em Fistula Arteriovenosa – código 04.18.02.001-9.
- ✓ Ligadura de Fistula Arteriovenosa – código 04.18.02.002-7.
- ✓ Retirada de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar de Longa Permanência – código 04.18.02.003-5.

a) Os procedimentos Implante de Cateter Duplo Lúmen na Insuficiência Renal Aguda (IRA) – inclui cateter – código 04.18.01.005-6 e Implante de Cateter Tenckhoff ou Similar de Longa Permanência na IRA (inclui cateter) – código 04.18.01.007-2 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) e financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos, considerados secundários, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap. São eles:

- ✓ Confecção de Fistula Arteriovenosa com Enxerto de Politetrafluoretileno (PTFE) – código 04.18.01.001-3.
- ✓ Confecção de Fistula Arteriovenosa com Enxerto Autólogo – código 04.18.01.002-1.
- ✓ Confecção de Fistula Arteriovenosa para Hemodiálise – código 04.18.01.003-0.
- ✓ Implante de Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise – código 04.18.01.004-8.
- ✓ Implante de Cateter Tipo Tenckhoff ou Similar para DPA e/ou DPAC – código 04.18.01.008-0.
- ✓ Intervenção em Fistula Arteriovenosa – código 04.18.02.001-9.
- ✓ Ligadura de Fistula Arteriovenosa – código 04.18.02.002-7.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário; Laudo Médico para Emissão de Apac; Controle de Frequência Individual e Resultados dos Exames.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

## **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células**

### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 01 – Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, Tecidos e Células e de Transplante**

Neste grupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimentos principal, secundário e especial). São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Coleta de Sangue em Hemocentro para Exames de Histocompatibilidade – Cadastro de Doador no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) – código 05.01.01.001-7.
- ✓ Identificação de Doador Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 1ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.01.002-5.

- ✓ Identificação de Doador Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 2ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.01.003-3.
- ✓ Identificação de Doador Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 3ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.01.004-1.
- ✓ Identificação de Doador não Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 1ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.01.005-0.
- ✓ Identificação de Doador não Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 2ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.01.006-8.
- ✓ Identificação de Doador Voluntário de Célula-Tronco Hematopoética Cadastrado no Redome/Inca – Complementação da 1ª Fase – código 05.01.01.007-6.
- ✓ Identificação de Doador Voluntário de Células-Tronco Hematopoéticas de Doadores Cadastrados no Redome/Inca – Complementação da 2ª Fase – código 05.01.01.008-4.
- ✓ Confirmação de Tipificação de Doador de Medula Óssea ou de Outros Precursores Hematopoietico – 3ª Fase – código 05.01.01.009-2.
- ✓ Identificação de Receptor de Células-Tronco Hematopoéticas 1ª Fase – código 05.01.02.001-2.
- ✓ Identificação de Receptor de Células-Tronco Hematopoéticas 2ª Fase – código 05.01.02.002-0.
- ✓ Confirmação de Tipificação de Receptor de Medula Óssea ou de Outros Precursores e Hematopoéticas – 3ª Fase – código 05.01.02.003-9.
- ✓ Coleta, Acondicionamento e Transporte Internacional de Células-Tronco Hematopoéticas de Medula Óssea para Transplante – código 05.01.03.001-8.
- ✓ Fornecimento, Acondicionamento e Transporte Internacional de Células-Tronco Hematopoéticas de Cordão Umbilical para Transplante – código 05.01.03.002-6.
- ✓ Fornecimento, Acondicionamento e Transporte Internacional de Linfócitos de Doador não Aparentado para Transplante – código 05.01.03.003-4.
- ✓ Identificação Internacional de Doador não Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 1ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.03.004-2.
- ✓ Identificação Internacional de Doador não Aparentado de Células-Tronco Hematopoéticas 2ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.03.005-0.
- ✓ Mobilização, Coleta e Acondicionamento de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico no Brasil para Transplante Autogênico ou de Doador Aparentado ou não Aparentado – código 05.01.03.007-7.
- ✓ Transporte de Medula Óssea ou de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico no Brasil de Doador não Aparentado – código 05.01.03.008-5.
- ✓ Processamento de Criopreservação de Medula Óssea ou de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico no Brasil para Transplante Autogênico – código 05.01.03.009-3.
- ✓ Fornecimento, Acondicionamento e Transporte no Brasil de Linfócitos de Doador não Aparentado – código 05.01.03.010-7.
- ✓ Coleta, Identificação, Testes de Segurança, Processamento, Armazenagem e Fornecimento de Células-Tronco Hematopoéticas de Cordão Umbilical e Placentário – código 05.01.03.011-5.
- ✓ Transporte de Unidade de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário no Brasil – código 05.01.03.012-3.
- ✓ Autoprova Cruzada em Receptor de Rim (auto cross-match) – código 05.01.04.001-3.
- ✓ Autoprova Cruzada em Receptor de Rim (auto cross-match) – código 05.01.04.003-0.
- ✓ Identificação de Doador Vivo de Rim 2ª Fase (por doador tipado) – código 05.01.04.004-8.
- ✓ Prova Cruzada em Doador Vivo Contra Linfócitos T ou B com Absorção de Plaquetas (Cross Match) – código 05.01.04.005-6.

- ✓ Provas Cruzadas em Doador Vivo de Rim (cross-match) – código 05.01.04.007-2.
- ✓ Avaliação de Reatividade do Receptor Contra Pannel de Classe I ou Classe II (mínimo 30 linfócitos) – código 05.01.05.001-9.
- ✓ Identificação de Receptor de Rim e/ou Pâncreas e Rim-Pâncreas – código 05.01.05.002-7.
- ✓ Avaliação de Reatividade Contra Pannel de Classe I ou Classe II (mínimo 30 linfócitos) – código 05.01.05.003-5.
- ✓ Exames de Pacientes em Lista de Espera para Transplantes – código 05.01.05.004-3.
- ✓ Sorologia de Possível Doador de Córnea e Esclera – código 05.01.07.001-0.
- ✓ Exames para a Inclusão em Lista de Candidatos a Transplante de Coração – código 05.01.07.004-4.
- ✓ Exames para Inclusão em Lista de Candidatos a Transplante de Fígado – código 05.01.07.005-2.
- ✓ Exames para Inclusão em Lista de Candidatos a Transplante de Pâncreas, Pulmão ou Rim – código 05.01.07.006-0.
- ✓ Exames para Inclusão em Lista de Candidatos a Transplante Conjugado de Pâncreas e Rim – código 05.01.07.007-9.
- ✓ Exames para Investigação Clínica no Doador Vivo de Rim, Fígado ou Pulmão - 1ª Fase – código 05.01.07.008-7.
- ✓ Exames para Investigação Clínica no Doador Vivo de Fígado –Complementação da 1ª Fase – código 05.01.07.009-5.
- ✓ Exames para Investigação Clínica no Doador Vivo de Rim –Complementação da 1ª Fase – código 05.01.07.010-9.
- ✓ Exames para Investigação Clínica no Doador Vivo de Pulmão –Complementação da 1ª Fase – código 05.01.07.011-7.

b) São procedimentos realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro o BPA-I, a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimento especial) e financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Provas Cruzadas em Doador Falecido (cross-match) – código 05.01.04.006-4.
- ✓ Sorologia de Possível Doador de Órgão ou Tecido Exceto Córnea – código 05.01.07.002-8.
- ✓ Biópsia e Exame Anátomo-Citopatológico em Paciente Transplantado – código 05.01.08.001-5.
- ✓ Contagem de CD4 e/ou CD3 em Paciente Transplantado – código 05.01.08.002-3.
- ✓ Dosagem de Ciclosporina (em paciente transplantado) – código 05.01.08.003-1.
- ✓ Dosagem de Sirolimo (em paciente transplantado) – código 05.01.08.004-0.
- ✓ Dosagem de Tacrolimo (em paciente transplantado) – código 05.01.08.005-8.
- ✓ Exames de Radiologia em Paciente Transplantado – código 05.01.08.006-6.
- ✓ Exames Microbiológicos em Paciente Transplantado – código 05.01.08.007-4.
- ✓ Ultrassonografia de Órgão Transplantado – código 05.01.08.009-0.
- ✓ Dosagem de Everolimo (em paciente transplantado) – código 05.01.08.010-4.

c) Os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimentos principal, secundário e especial) e são financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Coleta e Acondicionamento de Medula Óssea no Brasil para Transplante Autogênico ou de Doador Aparentado ou não Aparentado – código 05.01.03.006-9.



- ✓ Angiografia Cerebral para Diagnóstico de Morte Encefálica (4 vasos) – código 05.01.06.001-4.
- ✓ Cintilografia Radioisotópica Cerebral para Diagnóstico de Morte Encefálica – código 05.01.06.002-2.
- ✓ Ecodoppler Colorido Cerebral para Diagnóstico de Morte Encefálica – código 05.01.06.003-0.
- ✓ Eletroencefalograma para Diagnóstico de Morte Encefálica – código 05.01.06.004-9.
- ✓ Exame Complementar para Diagnóstico de Morte Encefálica – código 05.01.06.005-7.
- ✓ Tipagem Sanguínea ABO e Outros Exames Hematológicos em Possível Doador de Órgãos – código 05.01.07.003-6.
- ✓ Sorologia em Paciente Transplantado – código 05.01.08.008-2.

Os procedimentos, considerados secundários, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados na Apac II Magnética referentes ao Acompanhamento de Paciente Pós- Transplante.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 02 – Avaliação de Morte Encefálica**

Neste subgrupo os dois procedimentos Avaliação Clínica de Morte Encefálica em maior de 2 Anos – código 05.02.01.001-0 e Avaliação Clínica de Morte Encefálica em menor de 2 Anos – código 05.02.01.002-9 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial). São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Estes procedimentos deverão ser lançados na AIH (procedimento principal) referente às Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – código 05.03.01.001-4 e às Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante Realizado por Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde – código 05.03.01.003-0.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 03 – Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**

Neste subgrupo os procedimentos Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – código 05.03.01.001-4, Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos Realizadas por Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde – código 05.03.01.002-2, Retirada de Globo Ocular Uni/ Bilateral (para transplante) – código 05.03.03.005-8 e Entrevista Familiar para Doação de Tecidos de Doadores com Coração Parado – código 05.03.04.006-1 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro a Apac (procedimentos principal e secundário) e a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Hepatectomia Parcial para transplante (doador vivo) – código 05.03.02.001-0, Nefroureterectomia Unilateral para transplante – código 05.03.02.002-8 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal) e financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.



b) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) e são financiados com recursos do FAEC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Manutenção Hemodinâmica de Possível Doador e Taxa de Sala para Retirada de Órgãos – código 05.03.03.001-5.
- ✓ Retirada de Coração (para transplante) – código 05.03.03.002-3.
- ✓ Retirada de Coração para Processamento de Válvula e/ou Tubo Valvado para Transplante – código 05.03.03.003-1.
- ✓ Retirada de Fígado (para transplante) – código 05.03.03.004-0.
- ✓ Retirada de Pâncreas (para transplante) – código 05.03.03.006-6.
- ✓ Retirada de Pulmões (para transplante) – código 05.03.03.007-4.
- ✓ Retirada Uni/Bilateral de Rim (para transplante) - Doador Falecido – código 05.03.03.008-2.
- ✓ Retirada de Tecido Osteo-Fascio-Condoro-Ligamentoso – código 05.03.03.009-0.
- ✓ Retirada de Pele para Transplante – código 05.03.03.010-4.
- ✓ Coordenação de Sala Cirúrgica para Retirada de Órgãos e Tecidos para transplante – código 05.03.04.001-0.
- ✓ Deslocamento Interestadual de Equipe Profissional para Retirada de Órgãos – código 05.03.04.002-9.
- ✓ Deslocamento de Equipe Profissional para Retirada de Órgãos – Intermunicipal – código 05.03.04.003-7.
- ✓ Diária de Unidade de Terapia Intensiva de Provável Doador de Órgãos – código 05.03.04.004-5.
- ✓ Entrevista Familiar para Doação de Órgãos de Doadores em Morte Encefálica – código 05.03.04.005-3.
- ✓ Captação de Órgão Efetivamente Transplantado – código 05.03.04.008-8.

Esses procedimentos deverão ser lançados na AIH (procedimento principal) referente às Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – código 05.03.01.001-4 e às Ações Relacionadas à Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante Realizado por Equipe de Outro Estabelecimento de Saúde – código 05.03.01.003-0.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 04 – Processamento de Tecidos para Transplante**

Neste subgrupo os procedimentos Processamento de Pele em Glicerol (até 1.000 cm<sup>2</sup>) para Adulto – código 05.04.04.001-4 e Processamento de Pele em Glicerol (até 500 cm<sup>2</sup>) Infantil – código 05.04.04.002-2 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Banco de Pele Humana – código 2419. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Contagem de Células Endoteliais da Córnea – código 05.04.01.001-8, Processamento de Córnea e/ou Esclera – código 05.04.01.002-6 e Separação e Avaliação Biomicroscopia da Córnea – código 05.04.01.003-4 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro a Apac (procedimentos principal e secundário) e a AIH

(procedimento especial). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Banco de Tecido Ocular Humano – código 2413. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Banco de Tecido Musculoesquelético – código 2415 e Banco de Válvulas Cardíacas – Código 2414. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Os procedimentos Processamento de Tecido Musculoesquelético (05-25 gr) – código 05.04.02.001-3.
- ✓ Processamento de Tecido Musculoesquelético (101-200 gr) – código 05.04.02.002-1.
- ✓ Processamento de Tecido Musculoesquelético (201-300 gr) – código 05.04.02.003-0.
- ✓ Processamento de Tecido Musculoesquelético (26-50 gr) – código 05.04.02.004-8.
- ✓ Processamento de Tecido Musculoesquelético (51-100 gr) – código 05.04.02.005-6.
- ✓ Processamento de Tubo Valvado Cardíaco Humano – código 05.04.03.001-9.
- ✓ Processamento de Válvula Cardíaca Humana – código 05.04.03.002-7

Esses procedimentos deverão ser lançados na AIH (procedimento principal) de acordo com a compatibilidade estabelecida no Sigtap (procedimento principal x procedimento especial) para cada procedimento.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 05 Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células**

Neste subgrupo os procedimentos Transplante de Córnea – código 05.05.01.009-4, Transplante de Córnea (em cirurgias combinadas) – código 05.05.01.010-0, Transplante de Córnea (em pré-operações) – código 05.05.01.011-9 e Transplante de Esclera – código 05.05.01.012-0 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimento principal). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Transplante de Córnea e/ou Esclera – código 2407. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac Formulário (se houver); Laudo Médico para Emissão de Apac; Controle de Frequência Individual e Resultados dos Exames.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica em cada tipo de transplante. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Medula Óssea – aparentado – código 05.05.01.001-1.
- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Medula Óssea – não Aparentado – código 05.05.01.002-0.
- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue de Cordão Umbilical de Aparentado – código 05.05.01.003-8.

- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue de Cordão Umbilical de não Aparentado – código 05.05.01.004-6.
- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico – Aparentado – código 05.05.01.005-4.
- ✓ Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico - não Aparentado – código 05.05.01.006-2.
- ✓ Transplante Autogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Medula Óssea – código 05.05.01.007-0.
- ✓ Transplante Autogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Sangue Periférico – código 05.05.01.008-9.
- ✓ Transplante de Coração – código 05.05.02.004-1.
- ✓ Transplante de Fígado (Órgão de Doador Falecido) – código 05.05.02.005-0.
- ✓ Transplante de Fígado (Órgão de Doador Vivo) – código 05.05.02.006-8.
- ✓ Transplante de Pâncreas – código 05.05.02.007-6.
- ✓ Transplante de Pulmão Unilateral – código 05.05.02.008-4.
- ✓ Transplante de Rim (Órgão de Doador Falecido) – código 05.05.02.009-2.
- ✓ Transplante de Rim (Órgão de Doador Vivo) – código 05.05.02.010-6.
- ✓ Transplante Simultâneo de Pâncreas e Rim – código 05.05.02.011-4.
- ✓ Transplante de Pulmão Bilateral – código 05.05.02.012-2.

b) Os procedimentos Participação de Equipe Nefrológica em Transplante Renal de Doador Falecido – código 05.05.02.001-7, Participação de Equipe Nefrológica em Transplante Renal de Doador Vivo – código 05.05.02.002-5 e Participação de Equipe Nefrológica em Transplante Simultâneo de Pâncreas e Rim – código 05.05.02.003-3 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento secundário). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação em Transplante Renal – código 2408. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Esses procedimentos deverão ser lançados nas AIHs de Transplante Renal (procedimento principal), de acordo com a compatibilidade estabelecida no Sigtap (procedimento principal x procedimento secundário) para cada procedimento.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve pagamento de atendimentos clínicos e cirúrgicos, insumos e medicamentos necessários ao transplante, quando nos valores deste já incluem os procedimentos necessários.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 05 – Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células – Subgrupo 06 Acompanhamento e Intercorrências Pós-Transplante**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e a AIH (procedimentos principal e especial). São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm com instrumento de registro a Apac (procedimento principal), exceto o procedimento – código 05.06.01.005-8, o qual pode ser realizado na Modalidade Hospitalar cujo instrumento de registro é a

AIH (procedimento especial). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter o serviço e/ou classificação devidamente cadastrado no CNES. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Os procedimentos Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Córnea – código 05.06.01.001-5.
- ✓ Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas – código 05.06.01.002-3.
- ✓ Acompanhamento de Doador Vivo Pós-Doação de Fígado, Pulmão ou Rim – código 05.06.01.003-1.
- ✓ Acompanhamento de Pacientes no Pré- Transplante de Órgãos – código 05.06.01.004-0.

b) São procedimentos realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Os procedimentos Intercorrência Pós-Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas – não Aparentado (Hospital-Dia) – código 05.06.02.001-0.
- ✓ Intercorrência Pós-Transplante Autogênico de Células-Tronco Hematopoéticas (Hospital-Dia) – código 05.06.02.002-9.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas de Aparentado (Hospital- Dia) – código 05.06.02.003-7

c) São procedimentos realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento principal), exceto o procedimento 05.06.02.004-5 que também pode ser realizado na Modalidade de Hospital-Dia. Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Os procedimentos Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante de Rim – Pós-Transplante Crítico – código 05.06.02.005-3.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós- Transplante de Coração – Pós-Transplante Crítico – código 05.06.02.006-1.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante de Pulmão Uni/Bilateral – Pós- Transplante Crítico – código 05.06.02.007-0.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós- Transplante Simultâneo de Rim e/ou Pâncreas ou Pâncreas Isolado – Pós- Transplante Crítico – código 05.06.02.008-8.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós- Transplante de Fígado – Pós-Transplante Crítico – código 05.06.02.009-6.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoéticas – Pós-Transplante Crítico – código 05.06.02.010-0.
- ✓ Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante Autólogo de Células-Tronco Hematopoéticas – Pós-Transplante Crítico – código 05.06.02.011-8

d) Quanto ao Acompanhamento Pós-Transplante de Córnea (código 05.06.01.001-5)

Esse procedimento será pago por Apac (Portaria MS/SAS nº 435, de 14 de novembro de 2000).

Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

A cobrança desse procedimento será efetuada mensalmente, durante seis meses/ano, ou seja, deverão ser autorizadas apenas duas Apacs I Formulário ao ano.

Será obrigatório o número do CNS para identificar o paciente no Laudo Médico para Emissão de Apac e na Apac Formulário.

e) Quanto ao Acompanhamento de Pacientes Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas (código 05.06.01.002-3)

Esses procedimentos serão pagos pela Apac (Portaria MS/SAS nº 436, de 14 de novembro de 2000).

O controle de frequência individual será preenchido em uma via e encaminhado ao órgão responsável da Secretaria de Saúde pela revisão técnica, no final de cada mês.

Somente os profissionais médicos não vinculados ao SUS, como prestadores de serviços, poderão ser médicos autorizadores.

Será obrigatório o número do CNS para identificar os pacientes nos documentos Apac I Formulário, Apac II Magnética, Laudo Médico para Emissão de Apac e no Controle de Frequência Individual.

A Apac Formulário será emitida somente para o procedimento Acompanhamento de Pacientes Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas – código 05.06.01.002-3 (procedimento principal). Os procedimentos secundários não necessitam da emissão de Apac I Formulário, eles serão cobrados na Apac II Magnética, observando-se o limite das quantidades máximas permitidas, conforme consta na Portaria MS/SAS nº 436/2000.

A cobrança desta Apac será mensal, nos primeiros 12 meses e bimestral a partir do 13º mês, devendo ser lançado, na Apac, o quantitativo 00.

No valor do procedimento estão incluídos todos os atos, atividades e materiais.

As unidades de saúde devem manter arquivados: Demonstrativo de Apac Magnético; Apac I Formulário; Laudo Médico para Emissão de Apac; Controle de Frequência Individual e Resultados dos Exames.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

## **Grupo 06 – Medicamentos**

### **Grupo 06 – Medicamentos – Subgrupo 02 – Medicamentos Estratégicos**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados pela Assistência Farmacêutica, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

### **Grupo 06 – Medicamentos – Subgrupo 03 – Medicamentos de Âmbito Hospitalar e Urgência**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas na Modalidade Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial) e são financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Os procedimentos da Forma de Organização (06.03.08) referem-se a medicamento para transplante, são todos financiados com recursos do Faec. Para realização desses procedimentos, a

unidade deverá possuir o Serviço de Farmácia – código 125 e na Classificação Farmácia Popular – código 006.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 06 – Medicamentos – Subgrupo 04 – Componente Especializado da assistência Farmacêutica**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento principal) e são financiados pela Assistência Farmacêutica, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

No Anexo I da Portaria MS/GM nº 1.554, de 30 de julho de 2013, estão relacionados os medicamentos, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, e fornecidos às secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

Deve-se verificar se as ações executadas e lançadas na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.

Os procedimentos do **Subgrupo 06.02 – Medicamentos Estratégicos e 06.04 – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica** são pagos pela Apac conforme dispositivos da Portaria MS/GM nº 1.554/2013, alterada pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 11 de setembro de 2013.

Somente poderão fornecer medicamentos dos componentes especializados da Assistência Farmacêutica os serviços de farmácia cadastrados em unidades públicas, designados pelos gestores estaduais e municipais, quando estes se responsabilizarem por ela.

A emissão da Apac I Formulário deverá ser feita mediante avaliação da Solicitação de Medicamento dos Componentes Especializados, encaminhada pelo médico responsável pelo paciente, com a respectiva prescrição.

Uma via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no artigo 27 da Portaria MS/GM nº 1.554/2013, serão mantidos em arquivos pela unidade responsável pela dispensação.

A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da Apac e respeitadas as exigências legais.

A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, o responsável ou o representante não retirá-lo por três meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no artigo 41 da Portaria MS/GM nº 1.554/2013.

É de responsabilidade dos órgãos responsáveis pela Assistência Farmacêutica manter os registros dos medicamentos fornecidos aos pacientes, com os seus quantitativos e dosagens para o planejamento de novas aquisições, cobertura e custos da Assistência Farmacêutica.

Os Serviços de Farmácia deverão manter arquivados os processos referentes ao fornecimento de Medicamento dos Componentes Especializados de cada paciente, com a primeira via da Apac I.

Quando feita a análise verificar se:

- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.



## Grupo 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

### Grupo 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais – Subgrupo – 01 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionados ao Ato Cirúrgico

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro o BPA-I e a Apac (procedimentos principal e secundário). Para a realização destes procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

São procedimentos considerados secundários, não necessitam de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados nas respectivas Apacs II Magnéticas (procedimento principal):

- ✓ Molde Auricular (Reposição) – código 07.01.03.015-1.
- ✓ Aparelho Ortodôntico Fixo – código 07.01.07.017-0.
- ✓ Prótese Removível em Pacientes com Anomalias Crânio e Bucomaxilofacial – código 07.01.08.009-4.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – Luva com e sem Dedos até o Pulso – código 07.01.10.001-0.
- ✓ Malha para Tratamento Sequencial de Queimados (meia até virilha ou joelho) – código 07.01.10.002-8.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados (meio cano ou cano P e B) – Peca – código 07.01.10.003-6.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – Luva com e sem Dedos até o Ombro – código 07.01.10.004-4.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – Meia 3/4 – Peca – código 07.01.10.005-2.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – Meia – Perna Inteira (Peca) – código 07.01.10.006-0.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – Meia-calça Completa (Peca) – código 07.01.10.007-9.
- ✓ Malha Compressiva para Tratamento Sequencial de Queimados – com Mangas (Peca) – código 07.01.10.008-7.
- ✓ Malha para Tratamento Sequencial de Queimados para Cabeça e Pescoço – código 07.01.10.010-9.

Quando feita a análise verificar se:

- O procedimento Prótese Dentária sobre Implante – código 07.01.07.015-3, tem como instrumento de registro Apac (procedimento principal e secundário). Para a realização deste procedimento, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. É financiado com recursos do Faec, de acordo com o atributo do procedimento constante no Sigtap.
- As ações executadas e lançadas no BPA-I e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

## **Grupo 07 – Órteses, Próteses e Materiais Especiais – Subgrupo – 02 Órteses, Próteses e Materiais Especiais relacionados ao Ato Cirúrgico**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I, a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimento especial). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. São financiados com recursos do MAC e do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Goteiras Dentais – código 07.02.02.002-8, Guia Sagital – código 07.02.02.003-6 e Placa de Contenção – código 07.02.02.004-4 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) São procedimentos também realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial e têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário). Para a realização desses procedimentos, a unidade deverá ter habilitação específica devidamente cadastrada no CNES. São financiados com recursos do Faec, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap:

- ✓ Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise – código 07.02.10.001-3.
- ✓ Cateter para Subclávia Duplo Lúmen para Hemodiálise – código 07.02.10.002-1.
- ✓ Cateter Tipo Tenckhoff e/ou Similar de Longa Permanência para DPI/DPAC/DPA – código 07.02.10.003-0.
- ✓ Conjunto de Troca para DPA (paciente com instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora) – código 07.02.10.004-8.
- ✓ Conjunto de Troca para Paciente Submetido à DPA (paciente – 15 dias com instalação domiciliar e manutenção de máquina cicladora) – código 07.02.10.005-6.
- ✓ Conjunto de Troca para Paciente Submetido à DPAC (paciente/mês) correspondente a 120 unidades – código 07.02.10.006-4.
- ✓ Conjunto de Troca para Treinamento de Paciente Submetido à DPA/DPAC (9 dias) correspondente a 36 unidades – código 07.02.10.007-2.
- ✓ Conjuntos de Troca para Paciente Submetido à DPAC (paciente – 15 dias) – código 07.02.10.008-0.
- ✓ Dilatador para Implante de Cateter Duplo Lúmen – código 07.02.10.009-9.
- ✓ Guia para Introdução de Cateter Duplo Lúmen – código 07.02.10.010-2.

c) Os procedimentos Cateter Duplo J – código 07.02.06.001-1 e Esfera de Müller – código 07.02.07.004-1 são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial, Hospitalar e Hospital-Dia, têm como instrumento de registro a Apac (procedimento secundário) e a AIH (procedimento especial), exceto o procedimento Líquido de Preservação para Transplante da Córnea (20 ml) – código 07.02.12.006-5, que é realizado apenas nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

d) Os procedimentos Cateter Duplo J – código 07.02.06.001-1, Esfera de Müller – código 07.02.07.004-1 e Líquido de Preservação para Transplante da Córnea (20 ml) – código 07.02.12.006-5, considerados secundários, não necessitando de emissão de Apac I Formulário, porém, deverão ter suas realizações comprovadas quando lançados nas respectivas Apac II Magnéticas (procedimento principal).

Os demais procedimentos (OPM) deste subgrupo são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial).

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I e na Apac estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

#### **Grupo 08 – Ações Complementares da Atenção à Saúde**

##### **Grupo 08 – Ações Complementares da Atenção à Saúde – Subgrupo 01 – Ações Relacionadas ao Estabelecimento**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados nas modalidades de Atendimento Ambulatorial e Hospitalar, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e a AIH (especial). São financiados com recursos do PAB e do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

a) Os procedimentos Adesão à Assistência Pré-Natal – Incentivo PHPN – código 08.01.01.001-2 e Conclusão da Assistência Pré-Natal (Incentivo) – código 08.01.01.002-0 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I ou o BPA-C e são financiados com recursos do PAB, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

b) Os procedimentos Incentivo ao Parto Componente I – código 08.01.01.003-9 e Incentivo ao Registro Civil de Nascimento – código 08.01.01.004-7 são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Hospitalar, têm como instrumento de registro a AIH (especial) e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I ou no BPA-C estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.
- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

##### **Grupo 08 – Ações Complementares da Atenção à Saúde – Subgrupo 02 – Ações Relacionadas ao Atendimento**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados na Modalidade de Atendimento Hospitalar e têm como instrumento de registro a AIH (procedimento especial), exceto o procedimento Notificação de Causas Externas e Agravos – código 08.02.02.002-0. Todos os procedimentos são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

##### **Grupo 08 – Ações Complementares da Atenção à Saúde – Subgrupo 03 – Autorização e/ou Regulação**

Neste subgrupo os procedimentos são realizados apenas na Modalidade de Atendimento Ambulatorial, têm como instrumento de registro o BPA-I e são financiados com recursos do MAC, de acordo com os atributos dos procedimentos constantes no Sigtap.

Quando feita a análise verificar se:

- As ações executadas e lançadas no BPA-I estão sendo computadas de acordo com a descrição constante no Sigtap, bem como seus atributos para cada procedimento.
- Houve cobrança de procedimento em quantidade superior ao realizado e/ou não comprovado.

- Houve lançamento de procedimento diferente do realizado.

Com objetivo de subsidiar o trabalho da auditoria quanto à adequação, à orientação, ao acompanhamento e à fiscalização dos serviços de saúde, a equipe deverá desenvolver as seguintes atribuições com o Serviço de Regulação, Avaliação e Controle.

Quando feita a análise verificar se:

- A liberação para pagamento das AIHs bloqueadas pelo sistema é realizada de acordo com os dispositivos das portarias MS/SAS nº 544/1999, nº 98/2000 e nº 64/2004.
- É realizada auditoria de rotina nas unidades sob sua gestão e se é elaborado relatório com as constatações encontradas.
- No relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária há distorções na produção de procedimentos em relação à programação da unidade (subprodução e/ou superprodução).
- A unidade auditada for hospital filantrópico ou de ensino, com contrato de gestão e metas, se foi constituída a Comissão de Acompanhamento e se há reuniões periódicas, pois as atribuições desta Comissão são de acompanhar a execução do contrato, principalmente no tocante aos seus custos, ao cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operativo Anual (POA) e à avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários.
- Há demanda reprimida em procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e hospitalares, quais seus motivos e se foram adotadas as providências.

### 3.6 Responsabilização dos Gestores

A direção do hospital responderá civil e criminalmente pelas informações contidas nos meios magnéticos que possam gerar pagamentos indevidos, além das penalidades administrativas previstas para o hospital, cabendo ao gestor do SUS adotar as medidas necessárias, conforme estabelecido no artigo 5º da Portaria MS/SAS nº 134, de 22 de agosto de 1994.

A Portaria MS/SAS nº 54, de 20 de março de 1996, em seu item 7, estabelece que: O órgão emissor de AIH e os médicos autorizadores de sua emissão, bem como o gestor, respondem legal e administrativamente, pela veracidade das informações contidas no quadro I da AIH (Órgão Emissor) (BRASIL, 1996, item 7º)

A Portaria MS/SAS nº 134, de 22/8/1994; o artigo 37, parágrafo 6º da Constituição de 1988; a Resolução CFM nº 1.342, de 8 de março de 1991 e a Cláusula Contratual do contrato assinado entre o gestor e o prestador de serviço também dispõe sobre as responsabilidades a serem cobradas dos gestores.

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

Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, a manutenção sistemática dos cadastros do SCNES, de acordo com os dispositivos das portarias MS/SAS nº 142, de 3 de junho de 2003 e nº 134, de 4, de abril de 2011.

# CÁLCULO DA DEVOLUÇÃO

# 4

Neste item serão apresentadas orientações sobre os procedimentos necessários à indicação de devolução de recursos financeiros, resultantes das auditorias realizadas na Assistência Ambulatorial e Hospitalar no SUS, no sentido de uniformizar, padronizar e qualificar os processos de trabalho.

## 4.1 No Sistema de Informações Hospitalares – SIH

Documentos e papéis de trabalho necessários para o cálculo da devolução:

- Tabela de Procedimentos do mês de competência do processamento analisado.
- Relação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.
- Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas do mês de competência do processamento analisado.
- Espelho da AIH Definitivo – Portaria MS/SAS nº 304/2001.
- Demonstrativo das Distorções Encontradas na AIH x Prontuário.

### 4.1.1 Devolução nas AIHs de Cirurgia e Clínica Médica

1. **Valor total:** verifica-se no Relatório Demonstrativo de AIHs Pagas o valor apurado na coluna VAL\_TOT, encontrando-se assim o VTR (Valor Total a Recolher).

**VTR = VAL\_TOT da RD**

Exemplo 1: Valor total de uma cesariana (04.11.01.003-4). Deverá ser verificado, no Relatório Demonstrativo de AIH Pagas, o valor apurado na coluna VAL\_TOT.

**Nota:** No exemplo 1, no valor total apurado já estão incluídos os valores dos honorários do cirurgião, do anestesista, do serviço de assistência ao RN na sala de parto, da primeira consulta do pediatra e das diárias. Também está incluído o valor da Vacina Anti-RH e dos incentivos e incrementos estabelecidos no Sigtap para este procedimento.

Assim:

Valor Recebido = 429,31 (SH) + 166,67 (SP) + 110,40 (RN) + 61,18 (Anest.) + 10,00 (Ped.) + 5,00 (Incentivo) + 56,19 (Diárias Permanência a Maior + Diárias de Acompanhante à Gestante) + 93,28 (Vacina Anti-RH) + 1,00 (Teste Rápido para HIV) = R\$ 933,03

Valor Total a Devolver = R\$ 933,03

Observação: Se o hospital for referência do Programa de Humanização ao Parto e lançar na AIH o código 08.01.01.003-9, deverão ser recolhidos mais R\$ 40,00 correspondentes ao incentivo. É importante frisar que os valores indicados a serem devolvidos são calculados com base na Tabela de Procedimentos vigente no(s) mês(es) da(s) competência(s) do(s) processamento(s).

Exemplo 2: Valor total de uma pneumonia (03.03.14.015-1). Deverá ser verificado, no Relatório Demonstrativo de AIH Pagas, o valor apurado na coluna VAL\_TOT.

**Nota:** No exemplo 2, no valor total apurado já estão incluídos os valores dos honorários do médico-assistente e das diárias de acompanhante.

Assim:

$$\text{Valor Recebido} = 504,07 (\text{SH}) + 78,35 (\text{SP}) + 40,00 (\text{Diária de Acompanhante}) = \text{R\$ } 622,42$$

Observação: Se o hospital for habilitado em Urgência e/ou Emergência, deverá ser recolhido também o valor correspondente ao percentual deste incremento, ou seja, Tipo I = 20%, Tipo II = 35% e Tipo III = 50%.

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

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

Exemplo 1: Foi sugerida a mudança de procedimento de laparotomia exploradora (04.07.04.016-1) para apendicectomia (04.07.02.003-9). Verificar, na Tabela Unificada de Procedimentos, o valor total de laparotomia exploradora e diminuir do total correspondente à apendicectomia.

Assim:

$$\text{Proced. (1): } 497,20 (\text{SH}) + 139,99 (\text{SP}) = \text{R\$ } 637,19$$

$$\text{Proced. (2): } 253,59 (\text{SH}) + 161,42 (\text{SP}) = \text{R\$ } 414,62$$

$$\text{Valor Total a Devolver} = 637,19 - 414,62 = \text{R\$ } 222,57$$

Exemplo 2: Foi sugerida mudança de procedimento de pneumonia (03.03.14.015-1) para tratamento de infecções agudas das vias aéreas superiores (03.03.14.010-0). Verificar, na Tabela de Procedimentos, o valor total de pneumonia e diminuir do total correspondente ao tratamento de infecções agudas das vias aéreas superiores.

Assim:

$$\text{Proced. (1): } 504,07 (\text{SH}) + 78,35 (\text{SP}) = \text{R\$ } 582,42$$

$$\text{Proced. (2): } 152,97 (\text{SH}) + 24,10 (\text{SP}) = \text{R\$ } 177,07$$

$$\text{Valor Total a Devolver} = 582,42 - 177,07 = \text{R\$ } 405,35$$

#### 4.1.2 Devolução do Valor de AIH de Cirurgia Múltipla, Politraumatizado, Tratamento da Aids e Procedimentos Sequenciais

Esses procedimentos são especiais e deve ser observado o seguinte:

##### 1. Cirurgia Múltipla (04.15.01.001-2)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH, 75% da 2ª linha, 75% da 3ª linha, 60% da 4ª linha e 50% da 5ª linha.

##### 2. Politraumatizado (04.15.03.001-3)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH, 100% da 2ª linha, 75% da 3ª linha, 75% da 4ª linha e 50% da 5ª linha.



### 3. Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-Cirurgia Bariátrica (04.15.02.001-8)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH e 100% da 2ª linha.

### 4. Outros Procedimentos Sequenciais (04.15.02.003-4) e Procedimentos Sequenciais em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial (04.15.02.004-2)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH, 75% da 2ª linha e 50% da 3ª linha.

### 5. Procedimentos Sequenciais em Oncologia (04.15.02.005-0), Procedimentos Sequenciais em Ortopedia (04.15.02.006-9) e Procedimentos Sequenciais em Neurocirurgia (04.15.02.007-7)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH, 75% da 2ª linha, 50% da 3ª linha, 50% da 4ª linha e 50% da 5ª linha.

### 6. Tratamento da Aids (03.03.18.001-3)

O hospital recebe 100% do procedimento lançado na 1ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH, 100% da 2ª linha, 75% da linha 3ª e 75% da 4ª linha.

Esses percentuais incidem somente na coluna Serviços Hospitalares; a coluna Serviços Profissionais (SP) recebe 100% de todos os procedimentos lançados nas respectivas linhas.

Verifica-se, na Tabela de Procedimentos, o valor do Serviço Hospitalar do procedimento com sugestão de devolução do valor. Sobre este se calcula o percentual que lhe foi atribuído (de acordo com a linha em que ele foi lançado), encontrando-se assim o Valor a Recolher do Serviço Hospitalar (VRSH).

Acrescenta-se a este o valor do SP, encontrando-se assim o VTR (Valor Total a ser Recolhido).

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

Exemplo: AIH de politraumatizado em que foram cobrados cinco procedimentos e sugerida a devolução do procedimento 04.15.04.003-5, constante na 3ª linha da Tela Procedimentos Realizados da AIH:

$$\text{Valor Recebido} = 75\% \text{ de R\$ } 327,17 \text{ (SH)} + \text{R\$ } 215,91 \text{ (SP)}$$

$$\text{Valor Recebido} = \text{R\$ } 245,37 + \text{R\$ } 215,91 = \text{R\$ } 461,28$$

$$\text{Valor Total a Devolver} = \text{R\$ } 461,28$$

#### 4.1.3 Devolução de Diária de UTI

O valor referente ao Serviço Profissional é computado na coluna Serviço Hospitalar.

Exemplo: Foram cobradas três diárias de UTI Adulto tipo II – 08.02.01.008-3. A auditoria constatou que o paciente permaneceu na unidade apenas dois dias.

Foi sugerida a devolução da última diária.

$$\text{Valor Recebido} = (\text{SH} + \text{SP})$$

$$\text{Valor Recebido} = (478,72 \times 3) = \text{R\$ } 1.436,16$$

$$\text{Valor Devido} = \text{R\$ } 957,44$$

$$\text{Valor Total a Devolver} = 478,72$$

#### 4.1.4 Procedimentos Especiais

Os procedimentos e componentes especiais também são cobrados na Tela Procedimentos Realizados da AIH e são pagos no componente Serviços Hospitalares e Serviços Profissionais. Todos os procedimentos e componentes especiais encontram-se devidamente identificados no Sigtap.

Exemplo: Foram cobradas duas tomografias computadorizadas (TCs) de crânio (02.06.01.007-9). A auditoria constatou a comprovação de apenas um exame. Foi sugerido o pagamento de apenas uma TC (02.06.01.007-9).

Valor Recebido =  $(97,44 \times 2) = \text{R\$ } 194,88$

Valor Devido =  $\text{R\$ } 97,44$

Valor Total a Devolver =  $\text{R\$ } 97,44$

#### 4.1.5 Hemoterapia

O valor da hemoterapia encontra-se no Subgrupo Diagnóstico e nos Procedimentos Especiais em Hemoterapia – 02.12 e no Subgrupo Procedimentos Clínicos em Hemoterapia – 03.06 da Tabela Unificada do SUS.

Exemplo: Foram cobrados na AIH dois Concentrados de Hemácias (03.06.02.006-8) + dois Plasmas Frescos (03.06.02.010-6), quatro vezes o Módulo Transfusional I (02.12.01.002-6) e quatro vezes o Módulo Transfusional II (02.12.01.003-4). A auditoria constatou a prescrição de apenas dois Concentrados de Hemácias (03.06.02.006-8). Foi sugerida a devolução de dois Plasmas Frescos (03.06.02.010-6).

Valor Recebido =  $8,39 \times 2$  (Hemácias) +  $8,39 \times 2$  (plasma) +  $17,04 \times 8$  (transf. I e II)

Valor Recebido =  $16,78 + 16,78 + 136,32 = \text{R\$ } 169,88$

Valor Devido =  $16,78 + 17,04 \times 4 = 16,78 + 68,16 = \text{R\$ } 84,94$

Valor Total a Devolver =  $\text{R\$ } 84,94$

#### 4.1.6 Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

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

Exemplo: Na AIH de Artrodese Cervical Anterior Cinco Níveis – código 04.08.03.009-7, foram cobrados cinco Dispositivos Intersomáticos de Manutenção de Espaço Intervertebral Carreador – código 07.02.05.015-6. A auditoria sugeriu a devolução de um dispositivo.

Valor Recebido =  $\text{R\$ } 1.356,35 \times 5 = \text{R\$ } 6.781,75$

Valor Devido =  $\text{R\$ } 1.356,35 \times 4 = \text{R\$ } 5.425,40$

Valor Total a Devolver =  $\text{R\$ } 1.356,35$

#### 4.1.7 AIH Paga por Dia

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

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

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

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

Exemplo de Devolução Total:

$VTR = n^{\circ} \text{ de diária (cobradas)} \times \text{Valor da diária}$

1 diária = SH + SP

1 diária = 21,69 (SH) + 1,39 (SP)

1 diária = R\$ 23,08

Assim, foi cobrada uma AIH com o procedimento Internação para Radioterapia Externa (Cobaltoterapia e/ou Acelerador Linear) – código 03.04.01.011-1), cujo tempo de permanência foi de dez dias. Na auditoria foi constatada ausência de prontuário médico, o que motivou a devolução total da AIH.

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

Valor Total a Devolver = R\$ 230,80

Exemplos de Devolução Parcial

Foi cobrada uma AIH com procedimento Atendimento a Paciente sob Cuidados Prolongados por Enfermidades Cardiovasculares (03.03.13.002-4) com período de internação de 20 dias. Na auditoria foi constatado que o paciente permaneceu internado apenas dez dias.

$VTR = \text{Valor recebido} - \text{Valor devido}$

Valor Recebido =  $69,16 \text{ (SH)} + 5,59 \text{ (SP)} = \text{R\$ } 74,75 \times 20 = \text{R\$ } 1.495,00$

Valor devido =  $74,75 \times 10 = \text{R\$ } 747,50$

Valor Total a Devolver = R\$ 747,50

#### 4.1.8 AIH de Transplante

Na AIH de Transplante, os valores dos procedimentos hospitalares incluem todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos, insumos e medicamentos – inclusive antibióticos, antifúngicos, antivirais e imunossupressores necessários ao respectivo transplante.

Os critérios para cálculo de devolução são os mesmos das outras AIHs.

#### 4.1.9 Diária de Acompanhante

A diária de acompanhante incide no componente SH e o valor de uma diária consta na Tabela Unificada do SUS, no Subgrupo 0802 – Ações Relacionadas ao Atendimento.

Exemplo: O hospital cobrou dez diárias de acompanhante para paciente idoso, com pernoite – código 08.02.01.004-0. A auditoria constatou a ausência da solicitação e autorização das diárias. Sugeriu devolução das dez diárias.

$VTR = \text{Valor da diária} \times 10$

Valor Recebido =  $8,00 \times 10 = \text{R\$ } 80,00$

Valor Total a Devolver = R\$ 80,00

#### 4.1.10 Diária de Permanência a Maior

O valor de uma diária incide nos componentes SH e SP. O valor de uma diária consta na Tabela Unificada do SUS, no Subgrupo 0802 – Ações Relacionadas ao Atendimento.

Exemplo: O hospital cobrou duas diárias de permanência a maior. A auditoria sugeriu a devolução das duas diárias.

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

Valor da diária = R\$ 20,06

Valor Recebido = 20,06 X 2 = R\$ 40,12

Valor Devido = 0,00

Valor Total a Devolver = R\$ 40,12

**4.1.11 Devolução Contra Hospital Referência Estadual em Urgência e/ou Emergência Tipo I, II ou III**

O critério é o mesmo dos hospitais sem incentivo, porém, quando o hospital for habilitado em urgência e/ou emergência (27/01, 27/02 ou 27/03), o sistema irá acrescentar o percentual que o hospital tem direito (Tipo I = 20%, Tipo II = 35% e Tipo III = 50%), que incide nos componentes SH e SP. Portanto, a devolução deverá ser calculada em cima do que o hospital recebeu (valor da tabela + o valor do incentivo).

**4.2 No Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA**

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

Exemplo 1: Foram cobrados 400 procedimentos – atendimento de urgência com observação de até 24 horas em atenção especializada – Código 03.01.06.002-9. A auditoria constatou a realização de apenas 200 procedimentos.

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

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

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

Exemplo 2: Em uma Unidade Prestadora de Serviços foi observado o registro do procedimento Obturação em Dente Permanente Birradicular – código 03.07.02.004-5, sendo cobrado Obturação em Dente Permanente com Três ou Mais Raízes – código 03.07.02.005-3. Foram cobrados 400 procedimentos.

Valor Recebido = R\$ 6,95 x 400 = R\$ 2.780,00

Valor Devido = R\$ 5,71 x 400 = R\$ 2.284,00

Valor Total a Devolver = R\$ 2.780,00 - R\$ 2.284,00 = R\$ 496,00

Exemplo 3: Foi constatada a cobrança de 330 procedimentos Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral – código 02.04.04.003-5, em concomitância com o procedimento Redução Incruenta de Luxação ou Fratura e/ou Luxação Escápulo-Umeral – código 04.08.01.013-4.

Valor Recebido = R\$ 7,40 x 330 = R\$ 2.442,00 + R\$ 41,10 x 330 = R\$ 13.563,00 = R\$ 16.005,00

Valor Devido = R\$ 41,10 x 330 = R\$ 13.563,00

Valor Total a Devolver = 16.005,00 - 13.563,00 = R\$ 2.442,00

Exemplo 4: Foram cobradas 13 sessões de hemodiálise (código 03.05.01.010-7). A auditoria constatou a realização de apenas 11 sessões.

Valor Recebido = (R\$ 179,03 x 13) = R\$ 2.327,39

Valor Devido = (R\$ 179,03 x 11) = R\$ 1.969,33

Valor Total a Devolver = 2.327,39 - 1.969,33 = R\$ 358,03

### 4.3 Cobrança de Valores a Pacientes

A utilização da AIH assegura a gratuidade total dos procedimentos. Nos casos em que for identificado qualquer tipo de complementação, por parte do paciente e/ou dos planos de saúde, deverá ser sugerida a devolução em dobro do valor da complementação ao paciente, de acordo com o estabelecido no § único do art. 42 da Lei nº 8.078/1990.





A legislação utilizada nesta publicação foi atualizada até novembro de 2014. A seguir estão listadas as principais leis, decretos, resoluções e portarias utilizadas nesta orientação, organizadas por data. Toda essa legislação está disponibilizada, em sua íntegra, na página da internet do SNA <sna.saude.gov.br>, na qual também é possível identificar alterações, atualizações e revogações.

**Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977** – Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece sanções respectivas, e dá outras providências.

**Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Portaria MS/SAS nº 113, de 4 de setembro de 1997** – Configura infração a existência de cobrança de complementação, a qualquer título, de pacientes do SUS.

**Lei nº 8.856, de 1 de março de 1994** – Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, publicada no DOU de 02/03/1994.

**Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** – Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa, e dá outras providências.

**Resolução CFM nº 1.342, de 8 de março de 1991** – Dispõe das atribuições do diretor técnico e do diretor clínico. Fica revogada pela Resolução CFM nº 1.352/1992 o caput do artigo 5º desta Resolução, mantendo-se o parágrafo único (DOU, Seção I, de 16/04/1991, p. 7.014).

**Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001** – Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.466/1996.

**Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002** – Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.

**Resolução CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002** – Estabelece que o prontuário deverá ser arquivado, no mínimo 20 anos e, nos casos de hospitais maternidade, no mínimo 21 anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente. Decorridos esses prazos, os originais podem ser substituídos por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas.

**RDC Anvisa nº 153, de 14 de junho de 2004** – Estabelece se estão sendo observadas as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão do sangue, componentes e derivados.

**Resolução CFM nº 1.804, de 9 de novembro de 2006** – Estabelece normas para utilização de materiais de implante.

**Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007** – Aprova as “Normas Técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos

prontuários dos pacientes”, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

**RDC Anvisa nº 59, de 29 de agosto de 2008** – Institui regulamento técnico com os requisitos gerais para o agrupamento em famílias e sistemas de Implantes Ortopédicos para fins de registro.

**Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009** – Aprova o código de ética médica.

**Resolução CFM nº 1.956, de 7 de outubro de 2010** – Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

**RDC Anvisa nº 14, de 5 de abril de 2011** – Institui regulamento técnico com os requisitos para o agrupamento de materiais de uso em saúde para fins de registro e cadastro na Anvisa e adota etiquetas de rastreabilidade para produtos implantáveis.

**Resolução Coffito nº 387, de 8 de junho de 2011** – Estabelece os parâmetros assistenciais da fisioterapia.

**Resolução CFM nº 1.821 de 11 de julho de 2007** – Estabelece que é responsabilidade das instituições de saúde a guarda dos prontuários, visando manter a qualidade e preservação das informações neles contidas.

**RDC Anvisa nº 11, de 13 de março de 2011** – Aprova Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (versão 2013).

**RDC Anvisa nº 11, de 13 de março de 2014** – Estabelece os Regulamentos Técnicos para funcionamento dos serviços ambulatoriais a serem auditados nos Serviços de Diálise.

**Portaria MS/GM nº 896, de 29 de junho de 1990** – Fundamenta a Resolução do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) nº 228, de 1º de agosto de 1990, que instituiu o BPA.

**Portaria MS/SAS nº 134, de 22 de agosto de 1994** – Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético para os hospitais integrantes do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 92, de 22 de agosto de 1995** – Torna obrigatória a emissão do relatório “Autorização e Internação Hospitalar (Dados do Prontuário para Cobrança)” emitido pelo SISAIHo1, versão 8.2 ou posteriores.

**Portaria MS/SAS nº 54, de 20 de março de 1996** – Estabelece que o órgão emissor de AIH e os médicos autorizadores de sua emissão, bem como o gestor, respondem, legal e administrativamente, pela veracidade das informações contidas no quadro I da AIH (órgão emissor).

**Portaria MS/SAS nº 207, de 6 de novembro de 1996** – Determina que a realização do procedimento dialítico em UTI só poderá ocorrer quando a situação clínica do paciente exigir sua permanência nesta unidade.

**Portaria MS/SAS nº 13, de 20 de janeiro de 1997** – Altera a redação dos seguintes procedimentos: 054-0 Procedimentos ou Pequenas Cirurgias do Sistema Osteoarticular.

**Portaria MS/SAS nº 113, de 4 de setembro de 1997** – Classifica os internamentos dos pacientes nas unidades Assistências do Sistema Único de Saúde (SUS) em duas categorias.

**Portaria MS/GM nº 479, de 16 de abril de 1999** – Cria mecanismo para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e dá outras providências. Revoga a PT MS/GM nº 2.925, de 9 de junho de 1998 – DOU nº 111, de 15 de junho de 1998.

**Portaria MS/SAS nº 140, de 20 de abril de 1999** – Estabelece a manutenção dos formulários e/ou instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e fornecimento de medicamentos excepcionais a pacientes em TRS.

**Portaria MS/GM nº 707, de 8 de junho de 1999** – Faculta ao prestador de serviços proceder à cessão de crédito relativo às OPM, em benefício de seus fornecedores.

**Portaria MS/SAS nº 544, de 10 de setembro de 1999** – Delega aos gestores estaduais e municipais, dependendo de prerrogativas compatíveis com nível de gestão, competência para autorizar o processamento das AIHs que não atinjam a faixa etária e o tempo mínimo de permanência dos procedimentos da Tabela do SIH do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 9, de 13 de janeiro de 2000** – Determina que a partir da competência de fevereiro de 2000, o conjunto de procedimentos que compõe a Atenção Básica, na Tabela do SIA do SUS passe a vigorar como referência de código e nomenclatura de procedimentos, preservando sua estrutura e consistências, sem fixação de valor.

**Portaria MS/SAS nº 98, de 28 de março de 2000** – Estabelece que a liberação de AIH, identificada como homônimos, somente poderá ser liberada para pagamento após a análise dos prontuários médicos, devendo ser, obrigatoriamente, preenchido o campo CPF do médico auditor e a senha correspondente.

**Portaria MS/GM nº 396, de 12 de abril de 2000** – Aprova o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Oncologia do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 431, de 14 de novembro de 2000** – Exclui e inclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) os procedimentos relacionados. \*Republicada no DOU nº 250-E, de 29/12/2000, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/SAS nº 433, de 14 de novembro de 2000** – Inclui da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) os procedimentos relacionados. \*Republicada no DOU nº 249-E, de 28/12/2000, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/SAS nº 434, de 14 de novembro de 2000** – Exclui e inclui da Tabela de Procedimentos do SIA do SUS os procedimentos relacionados. \*Republicada no DOU nº 249-E, de 28/12/2000, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/SAS nº 435, de 14 de novembro de 2000** – Exclui da Tabela de Procedimentos do SIH do SUS o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa portaria. \*Republicada no DOU nº 249-E, de 28/12/2000, por ter saído com incorreção no original.

**Portaria MS/SAS nº 436, de 14 de novembro de 2000** – Exclui na Tabela de Procedimentos do SIH do SUS o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa portaria. \*Republicada no DOU nº 249-E, de 28/12/2000, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/GM nº 1.274, de 22 de novembro de 2000** – Exclui, a partir de 1º/3/2001, da Tabela de Procedimentos do SIH do SUS os grupos de procedimentos e procedimentos existentes nessa portaria.

\*Republicada no DOU nº 250-E, de 29/12/2000, por ter saído com incorreção do original. \*Republicada no DOU nº 40-E, de 26/2/2001, por ter saído com incorreção do original. \*Republicada no DOU nº 157-E, de 16/8/2001, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/SAS nº 460, de 6 de dezembro de 2000** – Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade e/ou Custo (Apac do SIA) os procedimentos discriminados nesta portaria. \*Republicado no DOU nº 249-E, de 28/12/2000, por ter saído com incorreção do original.

**Portaria MS/SAS nº 92, de 23 de janeiro de 2001** – Estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de Busca Ativa de doador de órgãos e tecidos, mantendo na Tabela do SIH do SUS os grupos de procedimentos.

**Portaria MS/SAS nº 304, de 10 de agosto de 2001** – Estabelece a inclusão de módulo de Segurança no Programa SISAIHo1, permitindo a emissão diferenciada de Relatórios de Dados do Prontuário para Cobrança – Módulo Faturamento – Espelho da AIH.

**Portaria MS/SE/SAS nº 47, de 13 de agosto de 2001** – Estabelece os critérios técnicos para a indicação da Litotripsia Extracorpórea no SIH do SUS e SIA do SUS, de acordo com a orientação do Departamento de Endourologia da Sociedade Brasileira de Urologia.

**Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002** – Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.

**Portarias MS/SAS nº 142, de 3 de junho de 2003 e nº 134, de 4 de abril de 2011** – Constituem responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção e manutenção sistemática dos cadastros do SCNES.

**Portaria MS/SAS nº 64, de 19 de março de 2004** – Define que é de exclusiva responsabilidade e competência dos médicos autorizadores as liberações ou bloqueios de AIH, devendo eles procederem à análise de cada caso, tomando a decisão baseada em critérios clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

**Portaria MS/GM nº 1.167, de 15 de junho de 2004** – Estabelece a obrigatoriedade do preenchimento do formulário correspondente à intervenção realizada, como pré-requisito para prover a AIH, bem como para rastreamento e avaliação futura de procedimentos.

**Portaria MS/GM nº 1.169, de 15 de junho de 2004** – Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências.

**Portaria MS/GM nº 1.737, de 1º de agosto de 2004** – Disciplina a utilização de sangue e hemocomponentes obtidos pelo SUS, diretamente nos serviços públicos ou em serviços privados contratados, bem como o funcionamento dos serviços públicos de hemoterapia do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004** – Exclui da Tabela de Procedimentos do SIA os procedimentos do Grupo 38 – Subgrupo 03 e inclui o Grupo 39, relativo aos procedimentos para atendimento aos portadores de deficiências auditivas.

**Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de dezembro de 2004** – Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço e/ou classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço e/ou classificação do SIA do SUS. Regou a Portaria MS/SAS nº 432, de 14/11/2000. Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade e/ou Custo (Apac/SIA) os procedimentos discriminados nesta portaria.

**Portaria MS/GM nº 373, de 10 de março de 2005** – Disciplina contratação pelo SUS de serviços de hemoterapia privados.

**Portaria MS/GM nº 421, de 23 de julho de 2007** – Atualiza o conceito de Cirurgia Múltipla e conceitua Cirurgia em Politraumatizado e Procedimentos Sequenciais.

**Portaria MS/SAS nº 346, de 23 de junho de 2008** – Mantém os formulários e instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e de radioterapia. Revoga a Portaria MS/SAS nº 296/1999.

**Portaria MS/GM nº 2.041, de 25 de setembro de 2008** – Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS o procedimento para registro pelos hospitais habilitados em 24.12 – Busca ativa de órgãos, no caso de AIH relativa a órgãos captados que tenham, efetivamente, resultado em transplante de fígado, pâncreas, pulmão, rim ou conjugado de pâncreas e rim, independentemente do número de receptores.

**Portaria MS/SAS nº 662, de 14 de novembro de 2008** – Estabelece que os procedimentos lançados na tela “Procedimentos Realizados” nos casos de AIH codificadas como politraumatizado, cirurgia múltipla e procedimentos sequenciais, atendem aos conceitos estabelecidos para estes procedimentos contidos nas portarias específicas. Observar ainda se há comprovação da realização de todos os procedimentos principais e especiais lançados na AIH.

**Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2008** – Estabelece o cumprimento dos parâmetros, quanto à média de 3 mil pessoas e, no máximo, 4 mil pessoas atendidas em Consultas Médicas e/ou Outros Profissionais de Nível Superior.

**Portaria MS/SAS nº 90, de 27 de março de 2009** – Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade.

**Portaria MS/GM nº 1.034, de 5 de maio de 2010** – Dispõe sobre a participação de forma complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS, alterada pela Portaria MS/GM nº 3.114/2010.

**Portaria MS/GM nº 3.114, de 7 de outubro de 2010** – Dá nova redação ao artigo 8º da Portaria MS/GM nº 1.034, de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições provadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010** – Exclui e altera os procedimentos referentes à má-formação lábio-palatal relacionados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, incluindo o Procedimento Sequencial em Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial.

**Portaria MS/SAS nº 90, de 15 de março de 2011** – Altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o atributo tipo de financiamento do procedimento.

**Portaria MS/SAS nº 134, de 4 de abril de 2011** – Constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção sistemática dos cadastros do SCNES.

**Portaria MS/SAS nº 189, de 27 de abril de 2011** – Estabelece procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia.

**Portaria MS/SAS nº 202, de 4 de maio de 2011** – Atualiza a Tabela de Regras Contratuais dos Sistemas de Informações do SUS, em especial do CNES, e a definição do responsável pela inclusão dessa tabela no cadastro do estabelecimento, quando Centralizada refere-se ao gestor federal, e Descentralizada refere-se aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

**Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

**Portaria MS/SAS nº 920, de 15 de dezembro de 2011** – Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS os atributos referentes ao nome, descrição, quantidade máxima, valor, CID, tipo de financiamento e de atributo complementar dos procedimentos.

**Portaria MS/GM nº 2.947, de 21 de dezembro de 2012** – Atualiza, por exclusão, inclusão e alteração, procedimentos cirúrgicos oncológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 425, de 19 de março de 2013** – Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

**Portaria MS/GM nº 1.366, de 8 de julho de 2013** – Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimento de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), no âmbito do SUS.

**Portaria MS/GM nº 1.554, de 30 de julho de 2013** – Estabelece que os procedimentos do Subgrupo 06.02 – Medicamentos Estratégicos e 06.04 – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são



pagos pela Apac conforme dispositivos dessa portaria, alterada pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 11 de setembro de 2013.

**Portaria MS/GM nº 2.712, de 12 de novembro de 2013** – Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

**Portaria MS/SAS nº 1.279, de 19 de novembro de 2013** – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma.

**Portaria MS/GM nº 2.803, de 19 de novembro de 2013** – Estabelece a necessidade de a unidade possuir serviço cadastrado na Atenção Especializada no Processo Transexualizador e respectivas classificações, de acordo com seus atributos constantes no Sigtap para cada procedimento e dispositivos.

**Portaria MS/SAS nº 1.462, de 30 de dezembro de 2013** – Exclui da tabela de habilitação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) as habilitações 03.02 Diagnóstico e 03.03 Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade.

**Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013** – Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

**Portaria MS/SAS nº 1, de 2 de janeiro de 2014** – Atualiza protocolo de uso do cardioversor desfibrilador implantável a ser adotado nos estabelecimentos de saúde credenciados no SUS.

**Portaria MS/SAS nº 7, de 3 de janeiro de 2014** – Aprova o Protocolo e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma Diferenciado da Tireoide.

**Portaria MS/SAS nº 9, de 6 de janeiro de 2014** – Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS procedimento sequencial em Neurocirurgia.

**Portaria MS/SAS nº 10, de 6 de janeiro de 2014** – Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS procedimento sequencial em Ortopedia.

**Portaria MS/SAS nº 67, de 28 de janeiro de 2014** – Inclui procedimentos de iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireoide na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

**Portaria MS/GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014** – Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

**Portaria MS/SAS nº 140, de 27 de fevereiro de 2014** – Ficam redefinidos os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na Atenção Especializada em Oncologia e definir as condições estruturais, de funcionamento e de recursos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.

**Portaria MS/GM nº 389, de 13 de março de 2014** – Define os critérios para organização na linha de cuidados da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui recursos financeiros destinados ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

**Portaria MS/SAS nº 1.011, de 3 de outubro de 2014** – Estabelece critérios para os laudos de solicitação e/ou autorização, utilizados no âmbito do SUS no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS (SIA).

**Portaria MS/SAS nº 351, de 30 de abril de 2014** – Altera a Portaria MS/SAS nº 1.462/2013, que exclui da tabela de habilitação do SCNES as habilitações 03.02 – Diagnóstico e 03.03 – Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação na Auditiva Alta Complexidade.



**Portaria MS/SAS nº 317, de 7 de maio de 2014** – Estabelece a observação se a sala de parto possui os materiais exigidos para parto normal ou cesariana, código 03.10.01.002-o Atendimento ao Recém-Nascido no Momento do Nascimento.

**Portaria MS/GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014** – Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 706, de 12 de agosto de 2014** – Institui a obrigatoriedade da utilização do Controle de Frequência Individual de Tratamento Dialítico (CFID) para todos os tratamentos de diálise no âmbito do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 914, de 19 de setembro de 2014** – Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria MS/SAS nº 9, de 6 de janeiro de 2014, que inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do procedimento sequencial em Neurocirurgia.

**Portaria MS/SAS nº 972, de 29 de setembro de 2014** – Exclui o atributo complementar de código 010 – EXIGE VDRL NA AIH da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

**Portaria MS/SAS nº 1.340, de 1º de dezembro de 2014** – Estabelece que o procedimento Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) – código 02.06.01.009-5 é o único que tem como instrumento de registro a Apac (procedimento principal), sendo financiado com recursos do Faes, por seis meses.



# REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. **[Homepage]**, 2014. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **[Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária]**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **[Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem]**, 2014. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br> >. Acesso em: 15 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **[Resoluções do Conselho Federal de Medicina]**, 2014. Disponível em: < <http://portal.cfm.org.br/> >. Acesso em: 15 dez. 2014.




# ANEXOS

## Anexo A - Relatórios e/ou Documentos de Entrada do SIA/SUS

### A.1) Formulário para Laudo Solicitação e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fis. 1/2	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
3 - NOME DO PACIENTE				4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - RAÇA/COR	
9 - NOME DA MÃE				10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		11 - ETNIA	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP							
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
20 - QTDE.							
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>							
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTDE.			
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE.			
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTDE.			
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE.			
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTDE.			
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>							
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				37 - CID 10 PRINCIPAL, 38 - CID 10 SECUNDÁRIO, 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
40 - OBSERVAÇÕES							
<b>SOLICITAÇÃO</b>							
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				46 - Cód. ORGÃO EMISSOR		47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>							
52 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				53 - CNES			

## A.2) Formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e/ou Laudo de Solicitação e/ou Autorização - Apac

		<b>APAC</b> Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização		pg. 1/2
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>				
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNPJ	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
NOME DO PACIENTE			Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR ETNIA
NOME DA MÃE		TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE		
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE.
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE.
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>				
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
OBSERVAÇÕES				
<b>SOLICITAÇÃO</b>				
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		COD. ORGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>				
NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			CNPJ	



A.3) Formulário de Laudo para Solicitação e/ou Autorização de Procedimento Ambulatorial - Dados Complementares


 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE</b> <b>PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - DADOS COMPLEMENTARES</b>	fls. 2/2
<b>1 - ONCOLOGIA</b>			
IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO 56 - Localização do tumor primário: _____			
58 - LINFONCOS REGIONAIS INVADIDOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		59 - Localização de Metástase(s): _____	
60 - Estado (UICC): _____		61 - Estado (outro sistema): _____	
62 - Diagnóstico Cito/Histopatológico: _____		63 - Data: ____/____/____	
<b>1.1 - QUIMIOTERAPIA</b>			
65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Tratamento(s) Anterior(es): 1º _____ 2º _____ 3º _____	66 - Descrição: _____		67 - Data de início: ____/____/____
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global			
68 - Continuidade de Tratamento: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		69 - Data de início do Tratamento Solicitado: ____/____/____	
70 - ESQUEMA (Sigla ou abreviatura): _____		71 - Nº Total de Meses Planejados: _____	
72 - Nº de Meses Autorizados: _____			
<b>1.2 - RADIOTERAPIA</b>			
73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES): <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Tratamento(s) Anterior(es): 1º _____ 2º _____ 3º _____	74 - Descrição: _____		75 - Data de início: ____/____/____
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global			
76 - Continuidade de Tratamento: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		77 - Data de início do Tratamento Solicitado: ____/____/____	
78 - Finalidade: <input type="checkbox"/> RADICAL <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> ANTIÁLGICA <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> PRÉVIA <input type="checkbox"/> ANTIHEMORRÁGICA			
ÁREA IRRADIADA			
79 - CID Topográfico: _____	80 - Descrição: _____	81 - Nº Campos/irradiações: _____	82 - Data de início: ____/____/____
			83 - Data de término: ____/____/____
<b>2 - NEFROLOGIA</b>			
84 - PRIMEIRO ATENDIMENTO		85 - SEGUIMENTO	
DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA: ____/____/____			
Altura: ____ m IMC (kg/m²): ____ Peso: ____ Kg Diurese: ____ ml Glicose: ____ mg/dl Albumina: ____ % Hb: ____ g%	ACESSO VASCULAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não as HIV: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo as HCV: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo HBe Ag: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Ultrassonografia Abdominal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		TRU: <input type="checkbox"/> Inscrito na lista de CNCOQ: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hb: ____ g% as HIV: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Albumina: ____ g% as HCV: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Intervenção de Fístula: <input type="checkbox"/> QTD: ____ HBe Ag: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
<b>SOLICITAÇÃO</b>		<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
86 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____		87 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____	

## A.4) Formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - Dados Complementares - 1. Oncologia - Apac

Ministério da Saúde		SUS		APAC		Autorização de Procedimentos Ambulatoriais		Dados Complementares		pg. 2/2	
<b>1 - ONCOLOGIA</b>											
IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO										57-CID-10 Topografia	
56-Localização do tumor primário											
58-LINFONÓDOS REGIONAIS INVADIDOS										59-Localização de Metástase(s)	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEIS											
60-Estádio(UICC)				61-Estádio (outro sistema)				62-Grau Histopatológico			
63-Diagnóstico Cito-Histopatológico										64-Data	
<b>1.1 - QUIMIOTERAPIA</b>											
65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)											
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
Tratamento(s) Anterior(es)		66-Descrição						67-Data de Início			
1º								/ /			
2º								/ /			
3º								/ /			
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global											
68-Continuidade de Tratamento		69-Data de Início do Tratamento Solicitado		70-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura)		71-Nº Total de Meses Planejados		72-Nº de Meses Autorizados			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM											
<b>1.2 - RADIOTERAPIA</b>											
73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)											
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
Tratamento(s) Anterior(es)		74 - Descrição						75 - Data de Início			
1º								/ /			
2º								/ /			
3º								/ /			
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global											
76 - Continuidade de Tratamento		77 - Data de Início do Tratamento Solicitado		78 - Finalidade							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				<input type="checkbox"/> RADICAL <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> ANTIÁLGICA <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> PRÉVIA <input type="checkbox"/> ANTIHEMORRÁGICA							
79 - CID Topográfico		80 - Descrição		ÁREA IRRADIADA		81 - Nº Campo/Inserções		82 - Data de Início		83 - Data de Término	
1								/ /		/ /	
2								/ /		/ /	
3								/ /		/ /	
<b>2 - NEFROLOGIA</b>											
84-PRIMEIRO ATENDIMENTO											
DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA											
/ /											
Altura		m		ACESSO VASCULAR		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		TRU		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IMC(kg/m²)				aa HIV		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Hb		g%	
Peso		Kg		aa HCV		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Albumina		g%	
Diurese		ml		aa HCV		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Intervenção de Fístula		QTD	
Glicose		mg/dl		HBs Ag		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo					
Albumina		%		Ultrasonografia Abdominal		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Hb		g%									
85-DEGUIMENTO											
Inserção na lista da CNCD											
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
aa HIV											
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo											
aa HCV											
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo											
HBs Ag											
<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo											
<b>3 - PROTESE MAMÁRIA</b>											
Marca da Prótese											
<input type="checkbox"/> PIP <input type="checkbox"/> ROFIL											
Ano de implantação da Prótese											
/ /											
Estabelecimento de Saúde no qual foi realizado o implante da prótese											
CNES											
/ / / / /											
<b>SOLICITAÇÃO</b>											
86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE											
<b>AUTORIZAÇÃO</b>											
87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR											



## A.6) Formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - Dados Complementares - 2.1 - Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica - Apac


	<h2 style="margin: 0;">APAC</h2> <p style="margin: 0;">Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Dados Complementares</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">pg. 3/3</p>
1 – ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	
<p><b>DADOS DO PACIENTE</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> IMC Atual    Kg/m<sup>2</sup> </div> <div style="width: 30%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Percentual de Excesso de Peso Perdido    %         </div> <div style="width: 30%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Quilogramas Perdidos    Kg         </div> </div>	
<p><b>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO BARIÁTRICO</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem desvio duodenal  <input type="checkbox"/> 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve)  <input type="checkbox"/> 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal  <input type="checkbox"/> 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda         </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Data da Cirurgia  <input style="width: 100%;" type="text"/> Número da AIH         </div> </div>	
<p><b>CIRURGIA(S) PLÁSTICA(S) REPARADORA(S) PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 55%;"> <input type="checkbox"/> 04.13.04.005-4 Dermolipectomia Abdominal pós-bariátrica  <input type="checkbox"/> 04.13.04.008-9 Mamoplastia pós-bariátrica  <input type="checkbox"/> 04.13.04.008-2 Dermolipectomia Braquial pós-bariátrica  <input type="checkbox"/> 04.13.04.007-0 Dermolipectomia Crural pós-bariátrica  <input type="checkbox"/> 04.13.04.026-7 Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-bariátrica         </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Tempo pós cirurgia bariátrica    Meses  <input style="width: 80%;" type="text"/> Tempo pós cirurgia bariátrica    Meses  <input style="width: 80%;" type="text"/> Tempo pós cirurgia bariátrica    Meses  <input style="width: 80%;" type="text"/> Tempo pós cirurgia bariátrica    Meses  <input style="width: 80%;" type="text"/> Tempo pós cirurgia bariátrica    Meses         </div> </div>	
<p><b>PERIODICIDADE DO ACOMPANHAMENTO</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Mês de Acompanhamento (Até o 18º Mês)         </div> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 80%;" type="text"/> Ano de Acompanhamento (A partir do 2º Ano)         </div> </div>	
<p><b>COMORBIDADES</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> I10 - Hipertensão Arterial Sistêmica  <input type="checkbox"/> O24.3 - Diabetes Mellitus  <input type="checkbox"/> E78.0 - Dislipidemia  <input type="checkbox"/> M19.9 - Artrose  <input type="checkbox"/> G47.3 - Apnéia  <input type="checkbox"/> Outro: <input style="width: 50px;" type="text"/> CID-10           </div> </div> <div style="width: 50%;"> <div style="margin-bottom: 10px;">             Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Uso de polivitamínico: <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Prática de atividade física: <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Houve ganho de Peso: <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           </div> <div style="margin-bottom: 10px;">             Houve adesão a uma alimentação saudável e balanceada: <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Sim           </div> </div> </div>	
SOLICITAÇÃO	AUTORIZAÇÃO
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR



A.7) Formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - Dados Complementares - Tratamento Dialítico - Apac

		<b>APAC</b> Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Dados Complementares - Doença Renal Crônica <span style="float: right;">pg. 2/2</span>	
<b>TRATAMENTO DIALÍTICO</b>			
<b>Característica do Tratamento</b> <input type="checkbox"/> 1 Caso Novo <input type="checkbox"/> 2 Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> 3 Paciente em Trânsito <input type="checkbox"/> 4 Transferência de estabelecimento		<b>Acesso Vascular</b> <input type="checkbox"/> 1 FAV <input type="checkbox"/> 2 Cateter curta permanência <input type="checkbox"/> 3 Cateter longa permanência	
Data de início da 1ª Diálise na vida: ____/____/____      Data de início da diálise nesta clínica: ____/____/____			
<b>Preencher somente de for CASO NOVO</b> Acompanhado há mais de um (01) ano com nefrologista? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO Situação do paciente na ocasião em que iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> 1 Ambulatorial <input type="checkbox"/> 2 Hospitalar <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO		<b>Resultado dos Exames Realizados no Mês</b> Hb: _____ Fósforo: _____ aa HIV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Krv semanal: _____ aa HCV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo TRU: _____ Albumina: _____ HBs Ag <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo PTH: _____	
<b>Situação de Transplante</b> <input type="checkbox"/> 1 Apto <input type="checkbox"/> 2 Inapto <input type="checkbox"/> 3 Recusa <input type="checkbox"/> 4 N/A (caso novo, com menos de 90 dias de tratamento) Se apto: <input type="checkbox"/> 1 Inscrito na CNCD <input type="checkbox"/> 2 Em processo de avaliação pré-transplante no Centro Transplantador <input type="checkbox"/> 3 Sem Encaminhamento <input type="checkbox"/> 4 Aguardando agendamento de consulta no Centro Transplantador			
<b>Interoerência Clínica</b> Paciente internado, com data de início no mês vigente, para tratamento de intercorrência clínica? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO Se em Diálise Peritoneal, houve peritonite diagnosticada no mês vigente? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO			
<b>ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DOENÇA RENAL CRÔNICA</b>			
<b>Característica do Tratamento</b> <input type="checkbox"/> 1 Caso Novo <input type="checkbox"/> 2 Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> 3 Paciente em Trânsito <input type="checkbox"/> 4 Transferência de estabelecimento de saúde Data de início do tratamento: ____/____/____      Encaminhado para FAV? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO      Encaminhado para implante de cateter? <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO Altura _____ cm      Peso _____ kg			
<b>Situação Vacinal</b> <input type="checkbox"/> 1 Regular <input type="checkbox"/> 2 Não regular    De Regular, Anti HBs <input type="checkbox"/> 1 Reativo <input type="checkbox"/> 2 Não Reativo Influenza <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO dT <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO Pneumocóccica <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO		<b>Resultado dos Exames Realizados no Mês</b> Hb: _____ aa HIV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Fósforo: _____ aa HCV <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo Albumina: _____ PTH: _____ HBs Ag <input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 2 Negativo	
<b>Uso de Medicamento</b> IECA <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO BIRA <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO			
<b>CONFEÇÃO DE FISTULA ARTERIOVENOSA</b>			
<b>Duplex Prévio</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Uso de Cateter venoso ou outros acesso venosos prévios</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>FAV Prévia</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO			
<b>Fiebre</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Hematomas</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>Vela Viciada</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO		<b>Presença de Pulso</b> <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO	
<b>Infraoperatório</b> Diâmetro da vela _____ mm      Diâmetro da artéria _____ mm      Presença de frêmito no trajeto da FAV: _____ (1 a 4)      Presença de pulso sem frêmito: <input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO			
<b>SOLICITAÇÃO</b>		<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE		87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	


## A.8) Formulário de Laudo para Solicitação e/ou Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional e Estratégicos - LME

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL E ESTRATÉGICOS -LME</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - RAÇA/COR	8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		11 - NOME DO RESPONSÁVEL
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO	16 - UF	17 - CEP
<b>MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>			
18 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	19 - NOME DO MEDICAMENTO	20 - CID PRINCIPAL 21 - CID SECUNDÁRIO	
22 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	23 - NOME DO MEDICAMENTO	24 - CID PRINCIPAL 25 - CID SECUNDÁRIO	
26 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	27 - NOME DO MEDICAMENTO	28 - CID PRINCIPAL 29 - CID SECUNDÁRIO	
30 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	31 - NOME DO MEDICAMENTO	32 - CID PRINCIPAL 33 - CID SECUNDÁRIO	
34 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO	35 - NOME DO MEDICAMENTO	36 - CID PRINCIPAL 37 - CID SECUNDÁRIO	
<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>			
38 - Dados do Paciente		39 - Quantidade	
Peso (Kg)	Hemofilia	Inibidor	Medic
Altura (m)	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> < 5 UB	1º mês
Transplantado	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> > ou = 5 UB	<input type="checkbox"/> > ou = 5 UB	2º mês
Gestante			3º mês
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>			
40 - OBSERVAÇÕES			
41 - Provas Diagnósticas (Anexar cópia dos exames)			
<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Monitoramento			
<b>SOLICITAÇÃO</b>			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. ORGÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO		50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		54 - PERÍODO DE VALIDADE	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b>			
55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		56 - CNES	

56-Laudo Medicamentos-21-10-18.v02



A.9) Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado - BPA-C e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA-I



**SUS**  
Sistema  
Único  
de Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS**  
Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado)

---

**Dados Operacionais**

CNES do Estabelecimento

UF

MÊS

ANO

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

FOLHA

---

**ATENDIMENTO REALIZADO**

SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
<b>TOTAL</b>				

---

**Formalização**

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)


CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**SUS**  
Ministério da Saúde  
Sistema Único de Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS  
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I

Carimbo: \_\_\_\_\_ Pol.: \_\_\_\_\_

---

**Dados Operacionais**

UF

MÊS

ANO

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

FOLHA

---

**ATENDIMENTO REALIZADO**

SEQ	NOME DO CATEGORIZADOR DE SAÚDE (PROFISSIONAL)	CBO	IDADE	QUANTIDADE
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				

---

**Formalização**

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

CARIMBO \_\_\_\_\_ RUBRICA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## A.10) Sistema de Informações Ambulatoriais e/ou Demonstrativo de Apac

POUSADUTAS/US	SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS	DATA CORR.: 04/2013
15/08/2014	DEMONSTRATIVO DE APAC	PÁG.: 1

NÚMERO DA APAC: 42120038589-4	TIPO APAC: 1-APAC INICIAL
-------------------------------	---------------------------

**IDENTIFICAÇÃO DA UPS/APAC**

CODIGO DA UNIDADE: -

NOME/RACÃO SOCIAL DA UPS: -

INICIO DA VALEADE DA APAC: 18/04/2013

FIM DA VALEADE DA APAC: 30/04/2013

PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Q284003B-6

CID PRINCIPAL: C28 Neoplasia maligna do colo do útero, não especificado

CID SECUNDÁRIO: -

CID OUTRAS ASSOCIADAS: -

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: [REDACTED] Nº ACERTUÁRIO: -

NOME: [REDACTED]

ENDEREÇO: [REDACTED]

NÚMERO: 58

CEP: 89.805-000

MUNICÍPIO: [REDACTED]

DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1961

SEXO: FEMININO

UF DE NASCIMENTO: [REDACTED]

RACIA: 99-SIM INFORMACAO

NOME DA MÃE: [REDACTED]

NOME DO RESPONSÁVEL: [REDACTED]

**MEDICO SOLICITANTE**

CRM: - - -

NOME: [REDACTED]

CRM: 267286802380004

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QTD	QTD CORR.	QTD FINAL	VALOR
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Total		06	00	06	R\$ 192,00

POTIVO DE SAÚDE: 25 / PÉRMANECIA POR CARACTERÍSTICAS PRÓPRIAS DA DOENÇA

AUTORIZADOR: - - - SÔNIA BERNARDE

CRM: 121896073000009 COD.ORGÃO EMIS.: 040000011


  

**SITUAÇÃO DA PRODUÇÃO:**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	QTD	QTD CORR.	QTD FINAL	VALOR
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00
Q284003B-6	Exatidão da amostra	01	00	01	R\$ 32,00



## A.12) Controle de Frequência Individual – Quimioterapia

	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MINISTÉRIO DA SAÚDE	CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE QUIMIOTERAPIA
---	------------------------------	---------------------------	--

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

NOME \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_ CGC \_\_\_\_\_ MÊS DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO \_\_\_\_\_ DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO GLOBAL \_\_\_\_\_

**COMPARECIMENTO**

☐ DIÁRIO
 ☐ SEMANAL
 ☐ QUINZENAL
 ☐ 21/21 DIAS
 ☐ MENSAL

Declaro que durante o mês de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_, o paciente identificado acima foi submetido a:

	PROCEDIMENTO PRINCIPAL
	PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
	PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Conforme as assinaturas do paciente/ responsável abaixo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA	ASSINATURA

DATA	ASSINATURA

PACIENTE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_


NOME

CPF


CFID\_QT.VSD

## Anexo B - Relatórios e/ou Documentos de Entrada do SIH/SUS

### B.1) Formulário de Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b>					
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>				<b>4 - CNES</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>				<b>5 - Nº DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b>					
<b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b>		<b>9 - SEXO</b>	
				Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b>				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b>	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b>					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>		<b>14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO</b>		<b>15 - UF</b>	
				<b>16 - CEP</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b>		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
				<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b>		<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b>		<b>28 - DOCUMENTO</b>	
				<b>29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>	
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b>				<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b>	
				<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - Nº DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>				<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b>					
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR</b>		<b>45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>46 - DOCUMENTO</b>		<b>47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b>		<b>49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			

## B.2) Formulário de Laudo para Solicitação e/ou Autorização de Mudanças de Procedimento(s) Especial(ais)

	<b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 2/2</b>
---	---------------------------------------	------------------------------------	---	----------------------

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO		
50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	52-QTDE.
53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	55-QTDE.
56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	58-QTDE.
59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	61-QTDE.
62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	64-QTDE.
65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	67-QTDE.
68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	70-QTDE.
71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	73-QTDE.
74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	76-QTDE.
77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	79-QTDE.
80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	82-QTDE.
83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	85-QTDE.
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	88-QTDE.
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	91-QTDE.
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	94-QTDE.
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	97-QTDE.

98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



### B.3) Sistema de Informações Ambulatoriais e/ou Espelho de Apac

MS-DATASUS  
VERSÃO: 06.70

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E.: \_\_\_\_\_ ESFERA : PRIVADO APRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA : \_\_\_\_\_

**Num AIH:** \_\_\_\_\_ **Situação:** \_\_\_\_\_ **Tipo:** 01-INICIAL **Apresentação:** \_\_\_\_\_ **Data Autorização:** \_\_\_\_\_

**Especialidade:** \_\_\_\_\_ **Orgão Emissor:** M420820001 **CRC:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** 0005

**Doc autorizador:** \_\_\_\_\_ **Doc med resp:** 206758296010009 **Doc diretor clínico:** 204328928040003 **Doc médico solte:** 206758296010009

**CNES:** \_\_\_\_\_ **CNS:** 89600280896833-9

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** 149909

**Data Nasc.:** 25 / 10 / 1950 **Sexo:** FEMININO **Nacionalidade:** 010 - BRASIL **Tipo Doc.:** Identidade **Doc:** \_\_\_\_\_

**Responsável pac.:** \_\_\_\_\_ **Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_ **Raça/Cor:** 01-BRANCA **Etnia:** 0000-NAO SE APLICA

**Município:** \_\_\_\_\_ **UF:** SC **CEP:** 88375-000 **Telefone:** \_\_\_\_\_ **Muda Proc.?** NÃO

**Procedimento solicitado:** 03.05.02.004-8 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

**Procedimento principal:** 03.05.02.004-8 - TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

**Diag. principal:** N179-INSUFICIENCIA RENAL AGUDA NAO ESPECIFICADA **Diag. secundário:** \_\_\_\_\_

**Complementar:** \_\_\_\_\_ **Causa Óbito:** \_\_\_\_\_

**Caracter. atendimento:** 02 - URGENCIA **Modalidade:** HOSPITALAR

**Data Internação:** 20 / 04 / 2012 **Data saída:** 23 / 04 / 2012 **Mot saída:** 27 - PERMANENCIA POR REOPERACAO

**Liberação SISAHI01:** \_\_\_\_\_ **AIH Anterior:** - **AIH Posterior:** -

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ] \_\_\_\_\_

**CNPJ do Empregador:** - / - **CNAER:** -

**Vínculo Previdência:** \_\_\_\_\_ **CBOR:** -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1 0305020048	120914660600001	225109	120914660600001	1	04/2012	TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
2 0305010131	120914660600001	225109	2522691	2	04/2012	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS /
3 0418010056	106898638340018	225109	2522691	1	04/2012	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN NA IRA

**MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA**

Motivo	Complemento	Linha
PROCEDIMENTO INCOMPATIVEL COM PROCEDIMENTO PRINCIPAL DA AIH	Proc: 0418010056	3

**Número de Nascidos** \_\_\_\_\_ **Número de Saídas** \_\_\_\_\_ **Nº Pré-Natal:** \_\_\_\_\_

**Vivos:** \_\_\_\_\_ **Mortos:** \_\_\_\_\_ **Altas:** \_\_\_\_\_ **Transf.:** \_\_\_\_\_ **Óbitos:** \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

*"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"*

## Equipes de Elaboração e Atualização

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

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

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

## Revisão e Atualização

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

## Contribuições

Ana Cecília Bastos Stenzel (DENASUS/RS)  
 Antônio N. P. M. de Almeida (DENASUS/RS)  
 Carlos Roberto Pires Dantas (DENASUS/DF)  
 Celso Modesto de Almeida Ramos (DENASUS/DF)  
 Cláudio José Barbosa de Amorim (SES/BA)  
 Débora do Carmo (DENASUS/DF)  
 Domingos Savio Pimentel de Araújo (DENASUS/PA)  
 Elisete Vieira de Jesus (DENASUS/DF)  
 Emília Domingos (DENASUS/DF)  
 Francisco Ribeiro Telles (DENASUS/RS)  
 Gilberto Roque Sonoda (Consulta Pública)  
 João Batista Silva de Ávila (DENASUS/DF)  
 José A. Bonfim Mangueira (DENASUS/DF)  
 Luiz Carlos da Silva Feitosa (DENASUS/DF)  
 Maria Luiza Pena Marques (DENASUS/MG)  
 Maria Sandra Barbosa Del Aguila (DENASUS/DF)  
 Marília Cristina Prado Louvison (SES/SP)  
 Mário Lobato da Costa (DENASUS/PR)  
 Paulo Sérgio Oliveira Nunes (DENASUS/DF)  
 Raimunda Nina C. Cordeiro (DENASUS/DF)  
 Renato dos Santos Andrade (DENASUS/DF)  
 Tania M. Pereira de Mello (DENASUS/DF)  
 Thereza Sonia Brito de Ávila (DENASUS/BA)

Valéria C. de Barros Martins (DENASUS/CE)  
Valéria Fonseca de Paiva (DENASUS/DF)

## **Revisão e atualização em 2014**

Nivaldo Valdemiro Simão (DENASUS/SC)  
Orildo Cesar Lopes (DENASUS/SC)  
Sonia C. Pereira da Costa (DENASUS/DF)  
Ayres Pereira da Costa Neto (DENASUS/DF)  
Margarida Maria Paes Alves Freire (DENASUS/DF)  
Vera Lucia de Oliveira Giancristoforo (DENASUS/DF)  
Marivania Fernandes Torres (DENASUS/DF)  
Alfredo Schechtman (DENASUS/DF)





