DECRETO Nº 2401, DE 1º DE JULHO DE 1998.

APROVA O REGULAMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

O Prefeito do Município de Sete Lagoas, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo inc. IX, do art. 102 c/c alínea "a", do inc. I, do art. 103, da Lei Orgânica do Município de Sete Lagoas, e,

CONSIDERANDO o art. 4º, do Decreto Federal nº 1651, de 28 de setembro de 1995;

CONSIDERANDO o Decreto Municipal nº 2334, de 27 de novembro de 1997; DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Sistema Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Sete Lagoas, na forma do anexo único que integra o presente decreto.

Art. 2º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Sete Lagoas, 1º de julho de 1998.

MARCELO CECÉ VASCONCELOS DE OLIVEIRA
Prefeito Municipal

JOSÉ IVO GOMES DE OLIVEIRA
Coordenador das Ações de Governo

MARIA CELESTE ROCHA OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde

FERNANDO GERALDO FARIA ROQUE
Procurador Geral do Município

REGULAMENTO

SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA - SMA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE SETE LAGOAS - SUS/SL

CAPÍTULO I
DA NATUREZA, DA JURISDIÇÃO, DA FINALIDADE

SEÇÃO I
DA NATUREZA

Art. 1º O Sistema Municipal de Auditoria, de que dispõe o Decreto nº 2334, de 27 de novembro de 1997, gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, será tratado como Sistema Municipal de Auditoria do Sistema Único de Saúde de Sete Lagoas - SMA/SUS/SL, compreendendo o controle, avaliação e auditoria do SUS/SL.

§ 1º O controle, a avaliação e a auditoria do SUS/SL, integrante do Sistema Nacional de Auditoria, serão efetuados segundo este regulamento.

§ 2º Na efetivação do controle-avaliação-auditoria será observada a subordinação administrativa assinalada neste regulamento.

Art. 2º Para efeito deste regulamento considera-se.

I - CONTROLE: atividades destinadas a verificar o cumprimento do programa de trabalho em termos de execução dos procedimentos e das práticas assistenciais e sociais do SUS/SL e do cumprimento efetivo dos contratos, convênios e outros ajustes sobre prestação de serviços, transferências de recursos, sendo processado através de registros, inspeções e exames periódicos nos papéis e nas operações do SUS/SL.

II - AVALIAÇÃO: identificação quantitativa e qualitativa dos resultados obtidos pelo SUS/SL, em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecidos pelos órgãos competentes do SUS;

III - AUDITORIA: exame analítico e pericial da legalidade e da economicidade dos atos de que resultam a realização, o nascimento, a modificação ou a extinção de direitos e obrigações e dos atos de gestão com o propósito de certificar a exatidão e regularidade das contas apresentadas em relação às informações constantes dos documentos técnicos e contábeis do SUS/SL.

IV - SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico;

V - FAA: Ficha de Atendimento Ambulatorial;

VI - FCH: Ficha de Cadastro Hospitalar.

Parágrafo Único - O resultado do controle, da avaliação e da auditoria constituirá subsídios para orientação dos programas de trabalho das ações de saúde do SUS/SL.

SEÇÃO II
DA JURISDIÇÃO

Art. 3º As ações do Sistema Municipal de Auditoria terão jurisdição no Município de Sete Lagoas, e se darão sobre todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificadas no âmbito do SUS, ou alcançados pelos recursos a ele vinculados, abrangendo:

I - pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado que atuem na área hospitalar e ambulatorial, sujeitas ao controle e fiscalização do SUS/SL;

II - aqueles que derem causa, perda ou outra irregularidade de que resulte dano ao SUS/SL ou ao Fundo Municipal de Saúde;

III - todos aqueles que devam prestar contas ao SUS, ou cujos atos estejam sujeitos à fiscalização por expressa disposição legal.

Parágrafo Único - Os órgãos do SUS e as entidades privadas que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no sistema, toda a informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhe o acesso a documentos, pessoas e instalações.

SEÇÃO III
DA FINALIDADE

Art. 4º As finalidades específicas do SMA/SUS/SL são as seguintes:

I - observar o cumprimento das normas inerentes à organização e funcionamento do SUS/SL;

II - acompanhar a execução e o desempenho de programas de saúde;

III - antecipar-se ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraude.

IV - contribuir com a implementação de programas, projetos, atividades, sistemas e operações, visando à qualidade, eficiência, eficácia e economicidade na utilização de recursos destinados às ações e serviços de saúde;

V - avaliar a satisfação do usuário do SUS/SL, quanto à qualidade do serviço ofertado.

Art. 5º Os membros do SMA/SUS/SL realizarão suas atribuições sem prejuízo da fiscalização exercida pelo Tribunal de Contas do Estado e pelos órgãos de controle interno do Município.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E DA ATUAÇÃO

SEÇÃO I
DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º O SMA/SUS/SL é composto:

I - como órgão central: pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde - DPCA/SMS/SL;

II - como órgãos setoriais: por equipes respectivas às áreas de atuação, formadas por auditores, subordinadas administrativa e tecnicamente à Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SMS/SL;

III - Comissão Processante;

IV - Comissão de Recursos.

Art. 7º As ações de controle, avaliação e auditoria do SMA/SUS/SL serão dirigidas pelo Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde que será auxiliado por auditores.

§ 1º As equipes de auditoria integrantes do SMA/SUS/SL poderão ser compostas por profissionais médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos-bioquímicos, fisioterapeutas, contadores, contabilistas e pessoal administrativo, podendo contar, ainda, com profissionais de outras especialidades, quando necessário.

§ 2º A Comissão Processante, responsável pelos processos administrativos, será composta de três membros, todos lotados na Secretaria Municipal de Saúde, indicados pelo gestor do SUS/SL e nomeados pelo Prefeito Municipal.

§ 3º A Comissão de Recursos, responsável pelo exame dos recursos interpostos, será composta de três membros indicados pelo gestor do SUS/SL, nomeados pelo Prefeito Municipal.

SEÇÃO II
DA ATUAÇÃO DO SMA/SUS/SL

Art. 8º A atuação do SMA/SUS/SL deverá processar-se por:

I - análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;
b) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
c) de indicadores de morbimortalidade;
d) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramentos de serviços;
e) da conformidade dos procedimentos, dos cadastros e das centrais de internação;
f) do desempenho da rede de serviços de saúde;
g) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra referência da rede de serviços de saúde;
h) dos serviços de saúde prestados, inclusive para instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
i) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

II - verificação:

a) de autorização de internações e de atendimento ambulatorial;
b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo.
c) de fatos ocorridos.

CAPÍTULO III
DAS COMPETÊNCIAS E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I
DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Observadas a Constituição Federal, a Constituição do Estado de Minas Gerais e a Lei Orgânica do Município de Sete Lagoas, compete ao SMA/SUS/SL, por intermédio dos órgãos que o integram, verificar:

a) as ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
b) os serviços de saúde sob sua gestão, públicos, privados, contratados e conveniados.

Art. 10 - As competências dirigidas ao SMA/SUS/SL, pelo Decreto nº 2334, de novembro de 1997, distribuem-se aos seus órgãos integrantes, como se segue:

I - à Secretaria Municipal de Saúde, como órgão gestor do SUS/SL, compete:

a) estabelecer diretrizes sobre procedimentos e normas das ações e atividades do SMA/SUS/SL;
b) garantir os recursos necessários para o desenvolvimento do SMA/SUS/SL;
c) decidir sobre denúncia de irregularidade ou ilegalidade que lhe seja encaminhada pelo SMA.
d) decidir sobre a instauração de processo administrativo, quando cabível;
e) proferir a decisão sobre o objeto do processo administrativo, quando couber;
f) analisar recursos hierárquicos ou de revisão decorrentes de conclusões de processos relativos ao SMA/SUS/SL;
g) apresentar, semestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde, e em audiência pública na Câmara Municipal, relatório contendo dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados no sistema, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada;
h) encaminhar ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Saúde, o Relatório de Gestão, em atendimento ao art. 6º, incisos I, alínea "b", §§ 1º e 3º do Decreto Federal nº 1651/95;
i) encaminhar ao Ministério da Saúde a prestação de contas vinculada a convênio, acordo ou outro ajuste, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;
j) encaminhar, em caso de irregularidade, o Relatório do SMA/SUS/SL ao Ministério Público, se verificada a prática de crime;
l) manter registros e acompanhar a execução técnica e financeira dos contratos, convênios, acordos e ajustes;
m) realizar atividades de preparo e controle de pagamento vinculados ao sistema de contas médico-hospitalares e ambulatoriais;
n) decidir sobre a realização de auditoria especial, aprovando a indicação dos respectivos membros;
o) desempenhar outras atividades afins.

II - à Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SMS/SL compete:

a) adotar os procedimentos e normas de ações do SMA/SUS/SL, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
b) contribuir para a elaboração dos programas e planos de trabalho do SMA/SUS/SL;
c) aprovar os programas, cronogramas de auditorias operacionais e analíticas;
d) planejar, acompanhar e coordenar a realização de auditorias e demais atividades do SMA/SUS/SL;
e) avaliar o desempenho das atividades do SMA/SUS/SL com vistas ao seu aperfeiçoamento, bem como examinar os relatórios de inspeção e de auditoria apresentados pelos auditores;
f) atuar no sentido de promover a integração operacional do Sistema;
g) cumprir e fazer cumprir no âmbito do SMA/SUS/SL as ações e normas e controle, avaliação e auditoria;
h) orientar as entidades integrantes ou que participem do SUS/SL por convênio, contrato ou outro ajuste congênere, sobre a legislação específica do SUS;
i) sugerir ao Secretário Municipal de Saúde nomes de profissionais para exercer a função de auditor;
j) solicitar à SMS/SL realização de auditoria especial, sugerindo os nomes da comissão;
l) promover a formação e o treinamento específico de servidores do SMA/SUS/SL, em conjunto com as unidades da área de recursos humanos do Município;
m) encaminhar ao Secretário Municipal de Saúde relatório do trabalho desenvolvido no âmbito do SMA/SUS/SL;
n) encaminhar solicitação ao Secretário Municipal de Saúde para abertura de processo administrativo, quando detectada, em auditoria, existência de irregularidade de que resulte dano ao erário, provocado por entidades contratadas ou conveniadas ou por servidores ou por pessoa que, agindo nessa qualidade, tenham causado ou contribuído para o dano;
o) organizar e manter arquivos dos processos de auditoria do SMA/SUS/SL e da legislação pertinente;
p) receber denúncias de terceiros, inclusive dos meios de comunicação sobre a assistência prestada pelo SUS/SL, comunicando ao Secretário Municipal de Saúde o seu teor, e ao denunciante, o resultado final da apuração;
q) propor providências ao Gestor do SUS/SL, quanto à sustação de contrato, convênio ou outro instrumento congênere, no caso de não se efetivarem, no prazo previsto, as medidas determinadas pela supervisão ou aquelas expressas no processo;
r) avaliar relatórios do sistema de controle e avaliação das contas, objetivando colher subsídios para controle e avaliação de serviços assistenciais, adequando-os aos recursos disponíveis;
s) proceder à inspeção em órgãos e entidades integrantes e participantes do SUS/SL, de ofício ou a requerimento da parte interessada;

III - à Comissão Processante compete executar todos os atos relativos aos processos sob sua responsabilidade, nos prazos estabelecidos;

IV - à Comissão de Recursos compete:

a) julgar os recursos interpostos contra decisão do SMA/SUS/SL;
b) acompanhar e assessorar as discussões que envolvam exame dos recursos submetidos à decisão final do Gestor e do Conselho Municipal de Saúde de Sete Lagoas.

Parágrafo Único - A Comissão de Recursos será permanente, sendo composta de 1 (um) assessor jurídico e de 2 (dois) auditores, designados pelo Secretário Municipal de Saúde.

SEÇÃO II
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 11 - Ao Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS/SL incumbe:

a) aprovar a programação das atividades do SMA/SUS/SL;
b) decidir sobre denúncia que lhe seja encaminhada pelo SMA, por qualquer cidadão, partido político, associação, conselho ou sindicato;

c) examinar os relatórios de auditorias realizadas e determinar a instauração de processo administrativo quando verificada irregularidade ou distorção;
d) designar servidores para o exercício da função de auditor;
e) designar servidores para o exercício da função de membro da Comissão Processante e de Recursos;
f) dar encaminhamento e exigir execução das conclusões dos processos do SMA/SUS/SL;
g) proferir a decisão sobre o objeto do processo administrativo e recurso, quando couber;
h) rever suas próprias decisões em despacho fundamentado;
i) aplicar penalidades de multa pecuniária, rescisão de contrato e convênio e outros ajustes, conforme conclusão do processo de auditoria ou administrativo, respeitadas as disposições legais;
j) suspender ou propor à autoridade superior do Município a suspensão temporária do direito de a pessoa física ou jurídica contratar com a Administração municipal;
l) declarar inidônea a pessoa física ou jurídica que tiver praticado procedimento ensejador de tal punição, comprovado em processo regular.

Art. 12 - Ao Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação incumbe:

a) acompanhar e coordenar as atividades do SMA/SUS/SL;
b) indicar ao Secretário Municipal de Saúde nomes de profissionais para exercer a função de auditor;
c) solicitar à SMS/SL realização de auditoria especial;
d) encaminhar ao Secretário Municipal de Saúde relatórios das auditorias realizadas no âmbito do SMA/SUS/SL;
e) encaminhar solicitação ao Secretário Municipal de Saúde para abertura de processo administrativo, quando detectada, em auditoria, existência de irregularidade de que resulte dano ao erário, provocada por entidades contratadas ou conveniadas, ou por servidores ou por pessoa que, agindo nessa qualidade, tenha causado ou contribuído para o dano;
f) conhecer o Termo de Visita e dar-lhe encaminhamento;
g) sugerir e fundamentar imposição de penalidade prevista à pessoa física ou jurídica contratada, credenciada ou conveniada, quando for cabível;
h) emitir a "advertência escrita", conforme indicação de auditor, baseada em auditoria realizada;
i) programar, acompanhar e coordenar a realização de auditorias;
j) examinar os relatórios de inspeção e de auditoria apresentados pelos auditores;
l) designar equipe de auditores, responsável pela apuração de denúncia, infração ou distorção no âmbito do SUS/SL, determinando prazo para execução dos trabalhos;
m) programar reuniões de rotina, treinamentos e reciclagens com os auditores e demais membros da SMA/SUS/SL;
n) solicitar, quando necessário, orientações e assessoria técnica para a realização de auditorias;
o) propor normatizações, examinar e emitir relatórios;
p) desempenhar outras atividades afins.

Art. 13 - Caberá aos auditores:

a) apreciar a legalidade, a legitimidade, a economicidade e a razoabilidade de contratos, convênios, ajustes e outros instrumentos congêneres que envolvam a prestação de serviços, a cessão ou doação de qualquer natureza, a título oneroso ou gratuito, de responsabilidade do SUS/SL;
b) realizar, de acordo com as normas e roteiros específicos determinados pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação, as auditorias programadas e especiais;
c) analisar os relatórios gerenciais do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, sob orientação dos canais competentes;
d) participar de treinamentos e reciclagens promovidos pelo SMA/SUS/SL;
e) manter a Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SMS informada sobre o andamento dos processos de auditoria sob sua responsabilidade;
f) sugerir e fundamentar imposição de penalidade a pessoa física ou jurídica contratada, conveniada ou credenciada, de acordo com os termos do ajuste firmado com o SUS/SL;
g) remeter à Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação, os processos sobrestados, com as justificativas;
h) preencher, com clareza e fidelidade os roteiros de auditoria, bem como os demais documentos próprios de seu trabalho;
i) manter uma postura autônoma e discreta junto aos gestores e prestadores de serviços de saúde;
j) realizar auditoria nas unidades de saúde próprias e de terceiros ou junto às pessoas físicas vinculadas ao SUS/SL.

§ 1º É vedado ao auditor assistencial:

a) auditar qualquer procedimento assistencial autorizado por si mesmo;
b) auditar ou fiscalizar entidades onde preste serviços na qualidade de autônomo ou empregado;
c) ser proprietário, dirigente, acionista, sócio, quotista ou participante, sob qualquer forma, de entidade que presta serviços ao SUS, em qualquer das esferas de governo, e não ter, nessas condições, parente na pessoa de pai, mãe, irmão, filho e cônjuge.

§ 2º A designação de servidor para a função de auditor será feita por ato do Secretário Municipal de Saúde.

§ 3º Será emitida identidade funcional ao auditor para fins de apresentação perante os órgãos, entidades, pessoas físicas e jurídicas auditados.

CAPÍTULO IV
DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 - As auditorias são classificadas quanto:

I - ao tipo:

a) analíticas: consistem na análise de documentos comprobatórios da assistência prestada (prontuários, laudos, relatórios gerenciais etc.), sendo realizada principalmente como componente básico da preparação das auditorias operativas;
b) operativas: consistem na avaliação do atendimento a normas e diretrizes do SUS, realizadas junto ao prestador, mediante verificação "in loco", além dos prontuários, laudos, etc.;

II - à causa desencadeante:

a) programada: consta de programação com plano de ação e cronograma aprovados periodicamente;
b) especial: desencadeada a partir de denúncias de pessoas, órgãos, imprensa, etc., feita mediante análise de documentos e fatos;
c) rotineira: realizada segundo as conveniências do SUS, para verificar, a qualquer momento, as condições de prestação dos serviços;

III - à consequência da ação:

a) preventiva: tendente a evitar violação de normas, objetivando orientação e esclarecimento, bem como reconhecer e avaliar a relevância e significação dos desvios em relação às boas práticas, para se chegar a soluções viáveis;
b) corretiva: tendente a corrigir as infrações ou distorções de faturamento;
c) punitiva: tendente a aplicar uma penalidade, mediante processo administrativo.

Art. 15 - Os relatórios de auditoria, após processados e examinados pelo Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação da SMS, serão por ele encaminhados, com as sugestões e recomendações cabíveis, ao Gestor do SUS/SL que o analisará determinando instauração de processo administrativo, se for constatada alguma irregularidade ou distorção.

Parágrafo Único - O relatório conterá análise e avaliação relativas aos seguintes aspectos:

I - desempenho da entidade confrontado com as metas pactuadas;

II - falhas, irregularidades ou ilegalidades constatadas, indicando as providências adotadas para seu saneamento;

III - irregularidades ou ilegalidades que resultaram em prejuízo, indicando as medidas a serem implementadas visando ao pronto ressarcimento ao SUS/SL;

IV - cumprimento pela pessoa física ou jurídica das determinações expedidas pelo SUS.

CAPÍTULO V
DO PROCESSO ADMINISTRATIVO E SEU FUNCIONAMENTO

Art. 16 - Os processos de auditoria serão formalizados, obedecidas as seguintes normas:

I - as folhas e documentos, formadores dos autos serão autuados em um único processo, sendo numerados em ordem crescente, em suas partes superiores do lado direito;

II - todo despacho ou manifestação nos autos deverá ser redigido em folhas separadas, cujos espaços em branco deverão ser inutilizados com a expressão "em branco";

III - ao prestar informações nos autos, o servidor subscreverá, após a assinatura, o seu nome completo, o número de sua matrícula e o cargo que ocupa;

IV - os processos terão numerações sequenciais e serão registrados pela Comissão Processante.

SEÇÃO I
DA TRAMITAÇÃO

Art. 17 - A Comissão Processante lançará em livro próprio o processo com seu respectivo número e outras anotações necessárias.

Art. 18 - Os processos serão classificados em:

I - denúncia;

II - inspeção;

III - auditoria;

IV - contrato;

V - convênio;

VI - outro ajuste;

VII - pedido de reconsideração;

VIII - recurso hierárquico;

IX - recurso de revisão.

Art. 19 - Terão tramitação preferencial o processo de denúncia ou de distorção de procedimento.

Art. 20 - A contagem de prazos relativos à notificação ou citação dar-se-á dia-a-dia, a partir da data:

I - do recebimento pelo responsável ou interessado, com a juntada nos autos do mandado:

a) da citação ou notificação;
b) do AR (aviso de recebimento), quando a citação ou notificação for por via postal;

II - da publicação do edital no órgão oficial, quando, nos casos indicados no inciso anterior, o responsável não for localizado.

Art. 21 - Na contagem dos prazos excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

Parágrafo Único - Se o vencimento ocorrer em dia em que não houver expediente, o prazo será prorrogado para o primeiro dia útil imediato.

Art. 22 - O ato que ordenar diligência expressará prazo para o seu cumprimento.

§ 1º Se o ato for omisso a respeito, será de 30 dias o prazo para cumprimento de diligência, salvo se existir disposição especial para o caso.

§ 2º Findo o prazo de que trata o "caput" deste artigo, o processo será concluso à Comissão Processante, para ordenar o que entender de direito.

§ 3º O mandado de diligência deverá conter, necessariamente, advertência de que o não cumprimento desta ou a não-apresentação da justificativa fundamentada e esclarecimentos dentro do prazo assinado, importarão em prejuízo para o interessado.

Art. 23 - Na contagem dos prazos para recursos, observar-se-ão as normas do Código de Processo Civil, no que couber.

SEÇÃO II
DA CITAÇÃO E DA NOTIFICAÇÃO

Art. 24 - A citação ou a notificação em processo administrativo, objetivando a formação da relação processual e a dar ciência ao responsável, sob as penas da Lei, para prestar informações, exibir documentos e defender-se, será feita na forma prevista neste regulamento, obedecida a seguinte ordem:

I - pessoalmente;

II - por via postal ou fac-símile;

III - por edital.

CAPÍTULO VI
DAS SANÇÕES

Art. 25 - O Sistema Municipal de Auditoria do SUS/SL, por meio de seus órgãos, da Comissão Processante ou de Recursos, poderá propor aplicação das sanções previstas na Lei de Licitações e Contratos Administrativos, aos prestadores de serviços assistenciais ao SUS/SL, na forma estabelecida neste regulamento, ou seja:

I - advertência escrita;

II - multa na forma prevista no instrumento convocatório ou no contrato, convênio ou outro ajuste, de acordo com a tabela prevista na "Graduação de Infração";

III - suspensão temporária do envio de usuários ao prestador;

IV - rescisão do contrato, convênio ou outro ajuste;

V - suspensão temporária de contratar com a Administração municipal;

VI - declaração de inidoneidade.

Art. 26 - Verificada a ocorrência de fraude, distorção ou ilegalidade comprovada no processo, o Gestor do SUS/SL solicitará ao Ministério Público sua interveniência, para o cumprimento do disposto na legislação vigente.

Art. 27 - Quando a distorção encontrada não apresentar gravidade significativa que implique na abertura de processo administrativo, o supervisor fará a advertência devida, no respectivo termo de visita.

Art. 28 - Sempre que apurado débito, será determinado ao responsável pela prestação do serviço a ordem de ressarcimento em favor do SUS, do valor atualizado do dano causado ao Fundo Municipal de Saúde ou ao erário, no prazo máximo de 30 dias.

Parágrafo Único - O valor do débito apurado será deduzido na próxima fatura a ser paga ao prestador, sendo que a determinação do ressarcimento, por meio de Ordem de Recolhimento, deverá estar prevista no contrato, acordo, convênio ou ajuste, não caracterizando sanção, entretanto, não é causa excludente de aplicação de outras penalidades cabíveis.

SEÇÃO I
DA ADVERTÊNCIA ESCRITA

Art. 30 - Cabe aplicação de advertência escrita nas faltas leves que não constituam dolo, ou naquelas que não impliquem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS, apenas caracterizando negligência gerencial.

§ 1º A advertência escrita será aplicada pelo auditor e deverá ser averbada no registro cadastral do prestador.

§ 2º Para efeito de aplicação da advertência, o SMA/SUS/SL deverá observar o disposto na "Graduação da Infração" que faz parte integrante deste regulamento.

SEÇÃO II
DAS MULTAS

Art. 31 - A multa será aplicada pelo gestor do SUS até o índice de percentual máximo previsto no contrato, convênio ou outro ajuste existente com o prestador de serviços, após o competente processo, sendo determinado o percentual conforme a gravidade da falta cometida, nos seguintes casos:

a) até 5% pela inexecução total das obrigações;
b) até 3% pela inexecução parcial das obrigações;
c) até 2% pelo atraso na sua execução.

SEÇÃO III
DAS SUSPENSÕES

Art. 32 - Cabe suspensão temporária de encaminhamento do usuário do SUS à assistência médico-hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico terapêutico, por reincidência nas infrações previstas na "Graduação de Infração", ou seja, naquelas ações que resultem em danos pecuniários ao SUS, ou naquelas que infringem as normas reguladoras do sistema de saúde de natureza operacional, administrativa, contratual ou naquelas que levarem prejuízos à assistência do usuário.

Parágrafo Único - A suspensão temporária de que trata este artigo, é da competência do Secretário Municipal de Saúde, e será determinada até que o prestador corrija a irregularidade específica ou omissão a norma reguladora do SUS.

Art. 33 - Cabe, ainda, suspensão temporária do direito de contratar com a Administração Municipal, quando a infração for decorrente de violação culposa do ajuste pelo prestador, conforme dispõe a "Graduação de Infração".

Parágrafo Único - A suspensão de que trata este artigo poderá graduar em até dois anos, segundo a gravidade da infração e, será aplicada pelo gestor do SUS/SL ou por outra autoridade determinada por Lei, observado o direito de defesa prévia em processo administrativo competente.

SEÇÃO IV
DA RESCISÃO

Art. 34 - Constituem motivos para rescisão do contrato ou do ajuste:

I - o não cumprimento de cláusulas contratuais;

II - o atraso injustificado no início do serviço;

III - a paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação à Administração;

IV - o desatendimento das determinações regulares do auditor designado para acompanhar e fiscalizar a execução, assim como as de seus superiores;

V - o cometimento reiterado de faltas na sua execução.

VI - razões de interesse público de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pelo gestor do SUS/SL;

VII - os casos enumerados nos incs. VI, IX, X, XI, XIV, XV e XVII do art. 78 da Lei nº 8666/93.

Parágrafo Único - A rescisão do contrato, convênio ou outro ajuste será determinado pelo gestor do SUS/SL e exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e ampla defesa, tudo com vista ao disposto na Lei nº 8666/93, em especial ao seu artigo 79.

SEÇÃO V
DA DECLARAÇÃO DE INIDONEIDADE

Art. 35 - A declaração de inidoneidade será aplicada pelo gestor do SUS/SL, ou por autoridade determinada em Lei, após o julgamento do processo, e dar-se-á quando houver ilícito gravíssimo ou descumprimento total do ajuste, que venha a resultar em comportamento doloso do prestador.

§ 1º Enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição de que dispõe o "caput" deste artigo, o contratado não poderá contratar com a Administração pública do Município, nem concorrer em processo licitatório.

§ 2º A reabilitação frente à autoridade que aplicou a sanção, prevista no artigo 43, será concedida sempre que o contratado ressarcir ao Fundo Municipal de Saúde ou à Administração, pelos prejuízos causados e após decorrido o prazo da penalidade aplicada.

CAPÍTULO VII
DA DENÚNCIA

Art. 36 - A denúncia sobre irregularidade ou ilegalidade será objeto de apuração, desde que seja formulada por escrito, com a identificação completa e o endereço do denunciante, ou através da imprensa escrita ou falada.

Art. 37 - A denúncia poderá ser feita por qualquer pessoa física ou jurídica, junto ao gestor do SUS/SL, ao Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, ou ainda a servidor lotado no SMA, sobre irregularidades ou ilegalidades de atos praticados por prestadores participantes ou integrantes do SUS/SL, inclusive autônomos sujeitos à sua jurisdição.

Art. 38 - A denúncia será protocolada e autuada, para depois ser encaminhada ao auditor que terá o prazo de 30 dias para promover a diligência ou verificação "in loco", e concluir os trabalhos.

Parágrafo Único - O prazo acima poderá ser prorrogado, por igual período, a critério do Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação, com a concordância do Secretário Municipal de Saúde.

Art. 39 - A denúncia será apurada em caráter sigiloso, até que se comprove a sua procedência, e só poderá ser arquivada após percorridos todos os trâmites, mediante despacho do Secretário Municipal de Saúde que concluiu pela inexistência de ato passível de penalização.

§ 1º Reunidas as provas que indiquem a existência de irregularidade ou ilegalidade, os demais atos serão públicos, assegurado aos acusados ampla defesa e o contraditório.

§ 2º Quando o fato narrado não configurar evidente infração, a denúncia deverá ser arquivada por falta de objeto a perseguir.

Art. 40 - A apuração da denúncia poderá resultar em:

I - arquivamento do processo;

II - aplicação de penalidade, após julgamento da autoridade competente.

CAPÍTULO VIII
DO DIREITO DE DEFESA

Art. 41 - O direito de defesa, do interessado, nos processos, é assegurado pela seguinte forma:

I - vista dos autos ou cópia de peça concernente ao processo, mediante expediente dirigido ao presidente da Comissão Processante ou ao Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação;

II - permissão, ao interessado, de apresentação de documentos e/ou alegações escritas, mediante pedido por escrito dirigido ao Diretor de Planejamento, Controle e Avaliação.

Parágrafo Único - A vista às partes transcorrerá nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde - Unidade Central.

Art. 42 - O prazo para defesa ou alegação escrita será de 10 (dez) dias, podendo, por conveniência da Administração ou da Comissão Processante, ser prorrogado por igual período.

CAPÍTULO IX
DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Art. 43 - Os atos da administração do SMA/SUS/SL estão sujeitos aos seguintes recursos:

I - reconsideração, é o pedido de reexame do ato à autoridade que o praticou;

II - recurso hierárquico: é o pedido de reexame do ato, dirigido à autoridade superior à que proferiu o ato;

III - revisão: é o recurso em que o interessado punido pede o reexame da decisão em caso de fatos novos demonstrarem a sua inocência.

Art. 44 - As petições de recursos serão protocoladas na Secretaria Municipal de Saúde, onde serão anotados o ano, mês, dia e hora de sua entrada, à margem da peça vestibular, e anexadas ao processo originário.

Art. 45 - Cumpridas todas as exigências impostas no artigo anterior, à petição será imediatamente encaminhada à autoridade competente, nos termos do inc. II, do art. 43, autoridade esta que decidirá sobre a admissão ou não do recurso.

§ 1º A petição do recurso poderá ser liminarmente indeferida, em despacho fundamentado, se:

I - não se encontrar devidamente formalizada;

II - firmada por parte ilegítima, considerando que são competentes para interpor recursos os responsáveis pelos atos impugnados e aqueles alcançados pela decisão;

III - estiver fora do prazo.

Art. 46 - Julgado procedente qualquer um dos recursos previstos nos incisos I, II e III, do art. 52, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do interessado.

SEÇÃO I
DA RECONSIDERAÇÃO

Art. 47 - O pedido de reconsideração terá efeito suspensivo, sendo formalizado uma única vez, e será apreciado pela autoridade que praticou o ato. O prazo é de 10 dias úteis, contados da ciência da decisão objeto do recurso e conterá:

I - os fundamentos de fato e de direito;

II - o pedido de nova decisão.

Parágrafo Único - O pedido será apreciado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contados do seu recebimento.

SEÇÃO II
DO RECURSO HIERÁRQUICO

Art. 48 - O recurso hierárquico que terá efeito suspensivo, será dirigido à autoridade imediatamente superior à que praticou o ato, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, podendo este prazo ser prorrogado se justificada a impossibilidade de sua conclusão no prazo originário.

SEÇÃO III
DA REVISÃO

Art. 49 - Do pedido de revisão, que será apresentado ao gestor do SUS/SL, contra decisão definitiva no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da notificação da decisão final em grau de recurso ou do pedido de reconsideração que só será admitido se estiver fundamentado em uma das seguintes hipóteses:

I - erro de cálculo nas contas ou nas multas;

II - insuficiência de documentos nos quais se tenha fundamentado a decisão recorrida;

III - superveniência de documentos novos, com eficácia sobre a prova produzida.

Art. 50 - A petição de recurso de revisão será encaminhada ao gestor que a examinará após verificar se a mesma reúne os requisitos de admissibilidade.

Art. 51 - O prazo para julgamento será de até 30 (trinta) dias, contados da notificação ou intimação do ato/decisão, a qual poderá ser feita pessoalmente.

Art. 52 - Julgada procedente a revisão, será declarada sem efeito a penalidade aplicada, restabelecendo-se todos os direitos do interessado.

Parágrafo Único - Da revisão do processo não poderá resultar agravamento de penalidade.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 53 - Na aplicação de penalidade, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o SUS, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes, cuja graduação está disposta no anexo I deste regulamento.

§ 1º A graduação das infrações dividem-se em: leves, moderadas, graves e gravíssimas.

§ 2º O cometimento reiterado de faltas elevará o seu nível de gravidade, devendo ser observada a proporcionalidade entre a falta cometida e a pena a ser aplicada.

Art. 54 - Quando forem detectadas irregularidades ou distorções em unidades assistenciais próprias, o SMA/SUS/SL promoverá as medidas saneadoras, em consonância com a legislação em vigor, buscando a apuração de responsabilidades.

Art. 55 - Poderá o SMA, a pedido de qualquer das partes, corrigir as inexatidões materiais ocorridas em razão de lapso manifesto, ou da ocorrência de erros evidentes de escrita ou de cálculo.

Art. 56 - Os fatos detectados em auditoria e que tiverem natureza ética, deverão ser comunicados à respectiva entidade de classe, pelo Secretário Municipal de Saúde.

Art. 57 - O SMA/SUS/SL e prestadores de serviços deverão manter arquivo da documentação comprobatória da assistência por 10 (dez) anos, conforme legislação vigente, sendo admitida a microfilmagem após 5 (cinco) anos (Lei Federal nº 5433, de 8/05/68, regulamentada pelo Decreto nº 64.398, de 24/04/69, e Lei Estadual nº 5511 de 2/09/70).

Art. 58 - Este regulamento poderá, a qualquer tempo, ser alterado, sendo que os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação do mesmo serão dirimidas pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação.

Art. 59 - Este regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I
DA GRADUAÇÃO DA INFRAÇÃO

I - LEVE: Aquelas que não implicarem em prejuízo direto ao usuário, nem em ato lesivo ao SUS, apenas caracterizando negligência gerencial, sem manifestação de dolo.

PENALIDADE A SER APLICADA À UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS OU AO PRESTADOR:

1 - na 1ª notificação: advertência escrita;

2 - na 2ª notificação (reincidência): um dia-multa, com contagem em dobro a cada reincidência no mesmo ano, até 20 dias-multa.

a) DISTORÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS:
- falta de compatibilidade entre diagnóstico e quadro clínico descrito (até 10% das fichas clínicas ou prontuários);
- falta de compatibilidade entre tratamento clínico prescrito e diagnóstico declarado (até 10%);
- ausência de solicitação de SADT indispensável ao diagnóstico declarado (até 10% das fichas clínicas ou prontuários);
- incompatibilidade entre SADT solicitado com o diagnóstico e tratamento (até 10% das fichas clínicas ou prontuários);
- falta ou insuficiência de preenchimento dos documentos necessários à regularização dos atendimentos (FAA, laudos, prescrições até 10% dos registros);
- ausência de assinatura ou rubrica do responsável pelo atendimento realizado;
- falta de programação de retorno do paciente em tratamento (até 20% dos registros);
- negligência esporádica no atendimento aos usuários do SUS;
- tempo de atendimento dos usuários pelos profissionais, inferior ao programado;
- inadequação da indumentária de trabalho (informar à Vigilância Sanitária para providências).
b) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDIMENTO MÉDICO:
- internações desnecessárias (até 10% dos prontuários);
- internações de urgência/emergência sem justificativa no laudo e, sem base no quadro clínico (até 10% dos prontuários);
- falta de compatibilidade entre diagnóstico e tempo de permanência (até 10% dos prontuários);
- curta permanência incompatível com o estado clínico descrito do paciente (até 10% dos prontuários);
- índice de cesarianas entre 35% a 50%;
- mudança sem justificativa de procedimentos da tabela (até 10% dos prontuários);
- indicações desnecessárias de internações em UTI (até 10% dos prontuários);
- insuficiência de anotações (até 10% dos prontuários).
c) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:
- insuficiência de anotações de enfermagem nos prontuários, quanto aos cuidados prestados (curativos, nebulizações, oxigênio, sondas e/ou dados vitais - até 10% dos prontuários);
- insuficiência de registro em folhas de enfermagem de sinais e sintomas intercorrentes (tosse, dispneia, vômitos, diarreia, incontinência urinária, sudorese, distúrbios de consciência, disartria, etc - até 10% dos prontuários);
- insuficiência de checagem de prescrições médicas (até 10% dos prontuários);
- criação de obstáculos para aplicação de vacinas fora das datas programadas;
- não cumprimento da programação de visitas domiciliares como rotina;
- falta de registro na folha de enfermagem da evolução clínica dos pacientes (até 10% dos prontuários).
d) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA:
- FAA sem assinatura do paciente ou responsável nos procedimentos individuais - PI (até 10% das FAA);
- faturamento de exames clínicos no mesmo paciente, sem o interstício de seis meses (até 10% das fichas).
e) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL:
- falta de orientação aos usuários quanto aos seus direitos perante o SUS.
f) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO:
- falta de relatório do médico assistente a cada 10 sessões de tratamento;
- falta de anotações do fisioterapêutico.
g) DISTORÇÕES COMUNS À TODAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO:
- inexistência de normas, procedimentos e rotinas operacionais nos postos de enfermagem;
- ausência de levantamento de indicadores de desempenho da unidade;
- inexistência ou inobservância de normas que resguardem o sigilo profissional;

- produção maior que os parâmetros nas avaliações analíticas (até 10% da produção);
- qualificação inadequada dos profissionais de nível superior;
- deixar de afixar em lugar visível aviso de que a entidade possui convênio ou contrato com o SUS e da gratuidade do atendimento.
h) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DAS UNIDADES HOSPITALARES:
- inexistência ou não da observância de normas, diretrizes e rotinas, para mudança das equipes de plantão de enfermagem;
- excesso de internações para diagnóstico ou primeiro atendimento, com mortalidade abaixo de 5% (até 10% das AIH auditadas);
- excesso de internações para diagnóstico ou primeiro atendimento com mortalidade acima de 5% (até 10% das AIH auditadas);
- ausência de descrição de cirurgia, anestesia e atenção ao RN na sala de parto;
- não entregar ao paciente a fatura do tratamento, ao final da internação.

II - MODERADA: Aquela que implicar em prejuízo relativo ao usuário, sem risco a sua vida, por qualidade deficiente do serviço, sem caracterização de dolo e que não resulte em ato lesivo ao SUS.

PENALIDADE A SER APLICADA À UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO OU AO PRESTADOR:

1 - na 1ª notificação: 1 (um) dia-multa;

2 - na reincidência, dobrar o número de dias-multa a cada repetição no mesmo ano.

a) DISTORÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS:
- falta de compatibilidade entre diagnóstico e quadro clínico descrito (de 10% a 20% das fichas clínicas ou prontuários);
- falta de compatibilidade entre tratamento clínico prescrito e diagnóstico declarado (de 10% a 20% das fichas ou prontuários);
- ausência de solicitação de SADT indispensável ao diagnóstico declarado (de 10% a 20% das fichas clínicas ou prontuários);
- incompatibilidade entre SADT solicitado com o diagnóstico e tratamento (de 10% a 20% das fichas clínicas ou prontuários);
- falta ou insuficiência de preenchimento de documentos necessários para regularização dos atendimentos (FAA, laudos, prescrições etc - de 10% a 20% dos registros);
- falta de programação de retorno dos pacientes em tratamento (acima de 20%).
b) DISTORÇÕES DO ATENDIMENTO MÉDICO:
- internações desnecessárias (de 10% a 20% dos prontuários);
- internações de urgência/emergência sem justificativa no laudo e sem base no quadro clínico (de 10% a 20% dos prontuários);
- falta de compatibilidade entre diagnóstico e tempo de permanência (de 10% a 20% dos prontuários);
- curta permanência incompatível como estado clínico do paciente (de 10% a 20% dos prontuários);
- índices de cesarianas entre 50% a 70%;
- mudança sem justificativa de procedimentos da tabela (de 10% a 20% dos prontuários);
- indicações desnecessárias de internações em UTI (de 10% a 20% dos prontuários);
- deixar de notificar à Vigilância Epidemiológica as doenças de notificação compulsória (raiva, cólera, febre amarela, malária, AIDS, etc).
c) DISTORÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM:
- insuficiência de anotações de enfermagem nos prontuários, quanto aos cuidados prestados (curativos, nebulizações, oxigênio, sondas e/ou dados vitais - de 10% a 20% dos prontuários);
- falta de registro da evolução clínica dos pacientes, na folha de enfermagem (de 10% a 20% dos prontuários);
- insuficiência de registro, em folha de enfermagem, de sinais e sintomas intercorrentes (tosse, dispneia, vômitos, diarreia, incontinência urinária, sudorese, distúrbios de consciência, disartria etc - de 10% a 20% dos prontuários);
- insuficiência de checagem de prescrições médicas (de 10% a 20% dos prontuários);
- insuficiência de registros de líquidos introduzidos e eliminados, quando prescritos (até 20% dos prontuários);
- cuidados deficientes quanto à higienização, conforto e mobilização dos pacientes, em até 20% dos visitados;
- demora no atendimento aos chamados dos pacientes (constatada em testes pelo supervisor/auditor);
- não convocação de pacientes que interrompem o esquema de vacinação;
- ausência de registros de visitas domiciliares.
d) DISTORÇÕES DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA:
- FAA sem assinatura do paciente ou responsável nos procedimentos individuais (de 10% a 20% das FAA);
- faturamento de exames clínicos no mesmo paciente, sem o interstício de 6 meses (de 10% a 20% das fichas).
e) DISTORÇÕES DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO:
- ausência de plano específico e individual de tratamento.
f) DISTORÇÕES COMUNS A TODAS AS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO:
- SAME: organização precária prejudicando a avaliação da supervisão/auditoria;
- ausência de peças técnicas do prontuário (de 10% a 20% dos prontuários);
- atendimento deficiente de intercorrências (cardiológicas, neurológicas, ortopédicas, respiratórias e outras);
- número excessivo de pacientes por profissional cadastrado em desacordo com a meta física aprovada;
- informação distorcida à clientela SUS, forçando compra de medicamentos ou materiais;
- inobservância das condições de biossegurança ou de ergonomia na unidade;
- área física e/ou instalações insuficientes ou inadequadas para as atividades desenvolvidas (informar à Vigilância Sanitária);
- produção maior que os parâmetros nas avaliações analíticas (de 10% a 20% da produção da Unidade);
- resultados de exames complementares não assinados e carimbados pelo profissional responsável;
- qualificação inadequada dos profissionais de nível médio;
- codificação incorreta dos procedimentos.
g) DISTORÇÕES DAS UNIDADES HOSPITALARES:
- ausência de ficha-espelho no prontuário;
- falta ou inexistência de Diretor Clínico na Unidade;
- excesso de internação para diagnóstico ou primeiro atendimento com mortalidade abaixo de 5% (de 10% a 20% das AIH);
- excesso de internações para diagnósticos ou primeiro atendimento com mortalidade acima de 5% (de 10% a 20% das AIH);
- não atendimento das normas técnicas referentes às acomodações para acompanhantes;
- restrições ao contato dos familiares com os profissionais responsáveis pelos pacientes;
- deixar de informar o número de leitos e vagas/dia para a central de internação.

III - GRAVE: Aquelas ações que resultarem em danos pecuniários ao SUS ou usuários, infração às normas reguladoras do Sistema de Saúde, seja de natureza operacional, administrativa ou contratual; as que levarem prejuízos à assistência do usuário do SUS.

PENALIDADE A SER APLICADA À UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS OU AO PRESTADOR:

1 - na 1ª notificação: de 2 (dois) a 20 (vinte) dias-multa, dependendo da gravidade da situação;

2 - na reincidência das distorções abaixo, propor suspensão temporária do encaminhamento do usuário, de até 60 dias ou da rescisão do ajuste;

3 - pela recusa injustificada de cumprir o ajuste, multa de 5% do seu valor anual ou rescisão;

4 - pelo não cumprimento regular das cláusulas do ajuste, multa de 3% do seu valor anual;

5 - pela paralisação dos serviços de atendimento aos usuários do SUS, sem justa causa e sem prévia comunicação ao gestor, multa de 5% do valor anual do ajuste ou rescisão. Pelo atraso na sua execução multa de 2%;

6 - pelo primeiro desatendimento das determinações regulares das autoridades do SUS, sejam federais, estaduais ou municipais, advertência escrita com prazo para cumprimento das normas estabelecidas legalmente ou suspensão do encaminhamento do usuário, até à correção da irregularidade;

7 - pela dissolução da sociedade: rescisão do ajuste.

a) DISTORÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS:
- falta de decoro profissional/desrespeito ao usuário (dia-multa após processo administrativo);
- falta de compatibilidade entre diagnóstico e quadro clínico descrito (acima de 20% verificadas nas fichas clínicas ou prontuários);
- falta de compatibilidade entre tratamento clínico ou prontuário (acima de 20%);
- ausência de solicitação de SADT indispensável ao diagnóstico declarado (acima de 20%);
- incompatibilidade entre SADT solicitado com o diagnóstico e tratamento (acima de 20%);
- solicitação desnecessária de SADT;
- cobrança evidente ou disfarçada de honorários à clientela do SUS;
- coação comprovada para cobrança indevida em situação de urgência;
- negligência habitual no atendimento ao usuário do SUS;
- infração ao código de ética;
- infração às normas do SUS;
- falta ou insuficiência de preenchimento de documentos necessários para regularização dos atendimentos (FAA, laudos, prescrições, etc., acima de 20%);
- não utilização ou utilização inadequada de equipamentos de proteção individual - EPI (informar à Vigilância Sanitária para as providências).
b) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDIMENTO MÉDICO:
- internações desnecessárias (acima de 20%);
- internações de urgência/emergência sem justificativa no laudo e sem base no quadro clínico (acima de 20% dos prontuários);
- falta de compatibilidade entre o diagnóstico e tempo de permanência (acima de 20% dos prontuários);
- curta permanência incompatível com o estado clínico descrito do paciente (acima de 20% dos prontuários);
- solicitação de cirurgias ou outros procedimentos;
- índice de cesarianas acima de 70%;
- mudança sem justificativa de procedimentos da tabela (acima de 20%);
- indicações desnecessárias de internações em UTI (acima de 20%);
- falta de prescrição de medicação indicada (ex. imunoglobulina).
c) DISTORÇÕES DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM:
- pessoal de enfermagem executando atos de exclusiva competência médica e/ou de outros profissionais;
- insuficiência de anotações de enfermagem nos prontuários, quanto aos cuidados prestados (curativos, nebulizações, oxigênio, sondas e/ou dados vitais - acima de 20%);
- falta de registro, na folha de enfermagem, da evolução clínica dos pacientes (acima de 20%);
- insuficiência de registro, em folha de enfermagem, de sinais e sintomas intercorrentes (tosse, dispneia, vômitos, diarreia, incontinência urinária, sudorese, distúrbios de consciência, disartria etc - acima de 20%);
- insuficiência de registros líquidos introduzidos e eliminados, quando prescritos (acima de 20%);
- cuidados deficientes quanto à higienização, conforto e mobilização dos pacientes em mais de 20% dos visitados;
- não observância de procedimentos técnicos quanto a cuidados com drenos, sondas, cateteres, nebulizadores, curativos e administração de oxigênio;
- inobservância de normas técnicas quanto à administração de sangue e seus derivados;
- não observância de normas técnicas quanto à utilização de fisioterapia em RN;
- falta de preenchimento sistemático do "cartão de vacina" dos pacientes.
d) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO-DENTISTA:
- FAA sem assinatura do paciente ou responsável nos procedimentos individuais (acima de 20%);
- restaurações provisórias lançadas como trabalho concluído;
- faturamento de exames clínicos no mesmo paciente, sem o interstício de 6 (seis) meses (acima de 20%).
e) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL:
- execução de serviços de rotina, por pacientes, fora do plano de tratamento, com indícios de exploração de mão-de-obra;
f) DISTORÇÕES COMUNS À TODAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO:
- cobrança de sessões acima da carga horária compatível;
- falta de assinatura do paciente na ficha de atendimento, a cada sessão realizada;
- assinatura antecipada do paciente, para sessões ainda não realizadas.
g) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO:
- ausência de Alvará de Vigilância Sanitária atualizado (informar à Vigilância Sanitária);
- ausência de quadro de avisos em destaque na recepção, informando a existência de atendimento pelo SUS e as condições de sua gratuidade;
- alegação falsa de inexistência de equipamentos, recursos técnicos, medicamentos, SADT, indispensáveis ao atendimento;
- alegação falsa de inexistência de profissional habilitado, em desacordo com o FCA/FCH da unidade;
- alegação falsa de inexistência de meta física para o atendimento pelo SUS (ultrapassagem da quota);
- exigência ao usuário ou ao seu responsável de colaboração financeira, donativo ou doação;
- inexistência de normas e rotinas que garantem a manutenção dos materiais, equipamentos e medicação para urgência/emergência;
- deficiência ou inadequação da limpeza, desinfecção, conservação do ambiente, material, equipamento mobiliário (informar à Vigilância Sanitária);
h) DISTORÇÕES DAS PRESTADORAS DE SERVIÇO:
- ausência de prioridade de atendimento pela triagem à crianças, idosos, pacientes graves e deficientes físicos;
- recusa ou demora de atendimento em situações de urgência/emergência;
- alegação falsa (de suspensão, interdição de serviços ou de reforma de instalações), para negativa de atendimento pelo SUS;
- atendimento inadequado habitual por recepcionistas, porteiros, vigilantes ou seguranças e/ou demais servidores da unidade;
- recusa em fornecer documentos, informações e esclarecimentos, quando requisitados pelo supervisor, auditor ou gestor do SUS, exceto nos casos de sigilo profissional;
- dificultar a ação do supervisor ou auditor;
- ausência de peças técnicas do prontuário (acima de 20%);

- SADT sem chefia técnica qualificada exigida (informar à Vigilância Sanitária);
- manipulação para maior dos códigos das tabelas de procedimentos;
- cobrança indevida ou dupla cobrança;
- insumos materiais e medicamentos insuficientes;
- ausência de notificação sistemática de doenças de notificação compulsória, à Vigilância Epidemiológica;
- instrumental insuficiente para o número e especificação dos atendimentos faturados;
- ausência de medicamentos e equipamentos de urgência/emergência, funcionando precariamente;
- número insuficiente de profissionais adequados ao atendimento específico e de parâmetros estabelecidos (informar à Vigilância Sanitária);
- superfaturamento de procedimentos;
- uso de equipamentos deficientes;
- falta de proteção contra irradiação, onde houver equipamento radiológico (informar à Vigilância Sanitária);
- produção maior que os parâmetros nas avaliações analíticas;
- dispensação de medicamentos em desacordo com as normas técnicas;
- armazenamento e controle dos psicofármacos em desacordo com as normas técnicas (informar à Vigilância Sanitária);
- ausência de enfermeiro (a) na chefia do Centro de Esterilização da Unidade;
- ausência de enfermeiro(a) exclusivo(a) para unidade de diálise (informar à Vigilância Sanitária);
- pessoal de enfermagem insuficiente por categoria (informar à Vigilância Sanitária);
- ausência de auxiliares especializados para os procedimentos em que são necessários;
- ficha clínica imprópria;
- FCA não compatível com a meta física programada;
- cobrança de procedimentos sem comprovação.
- atividades desempenhadas por pessoas não reconhecidas pelos respectivos Conselhos Regionais.

i) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DAS UNIDADES HOSPITALARES:
- alegação falsa ao usuário ou seu responsável, à central de internações e ao gestor do SUS, de inexistência de vagas em enfermarias;
- coação ou pressão comprovada, para renúncia do paciente ou do responsável, ao atendimento pelo SUS, com opção por alojamentos especiais;
- exigência de depósito em dinheiro, cheque ou qualquer outro título financeiro, para garantia da concessão de AIH;
- exigência de colaboração financeira, donativo ou doação, como complementação de despesas e taxas hospitalares;
- ausência de plantonista nos setores onde é imprescindível e/ou exclusivo;
- ausência de enfermeiro (a) exclusivo (a) para UTI;
- inexistência de enfermeiro (a) no Centro Cirúrgico e/ou Centro Obstétrico;
- inexistência de enfermeiro (a) para supervisão de cada unidade de internação;
- inexistência ou não cumprimento de normas e rotinas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (informar à Vigilância Sanitária);
- cobrança do código de "Pediatria na Sala de Parto" sem cumprimento das normas técnicas;
- falta de identificação da mãe e RN;
- excesso de internações para diagnóstico ou primeiro atendimento com mortalidade acima de 20%;
- não atendimento das normas que exigem presença de acompanhante para menores de 18 anos;
- taxa de mortalidade hospitalar acima de 50%.

j) DISTORÇÕES ESPECÍFICAS DAS UNIDADES AMBULATORIAIS:
- BPA mensal não coerente com as FAA, BEM, BPI e prontuários;
- inexistência de DAP (Declaração de Atividade Profissional) dos profissionais da unidade;
- DAP não coerente com a realidade encontrada;
- número de FAA incompatível com as FCA/DAP;

IV - GRAVÍSSIMA: Fraude contra o Fundo Municipal de Saúde e/ou erário público; risco de vida do usuário; descumprimento total do ajuste.

PENALIDADE A SER APLICADA À UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS OU AO PRESTADOR:

1 - descumprimento total do ajuste, acordo, contrato ou convênio:

a) suspensão de 2 (dois) anos;
b) rescisão do ajuste respectivo, com multa sobre o valor anual contratado;
c) cometimento reiterado de faltas na execução do contrato: rescisão.

2 - fraude comprovada contra o Fundo Municipal de Saúde ou o erário público, ou reiteradas faltas:

a) rescisão do ajuste, sem prejuízo das penalidades civis e penais cabíveis;
b) declaração de inidoneidade.

3 - iminente risco de vida do usuário: comunicação ao Ministério Público para as ações cíveis cabíveis, com a respectiva advertência.