



**Poder Judiciário**  
**JUSTIÇA FEDERAL**  
**Seção Judiciária do Rio Grande do Sul**  
**2ª Vara Federal de Porto Alegre**

Rua Otávio Francisco Caruso da Rocha, 600, 6º andar, ala oeste - Bairro: Praia de Belas -  
CEP: 90010-395 - Fone: (51)3214-9125 - www.jfrs.jus.br - Email: rspoa02@jfrs.jus.br

**PROCEDIMENTO COMUM Nº 5043696-91.2020.4.04.7100/RS**

**AUTOR:** UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MEDICA LTDA

**ADVOGADO:** ÂNGELO BONZANINI BOSSLE (OAB RS058300)

**RÉU:** AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

**SENTENÇA**

**I - RELATÓRIO**

Trata-se de ação de procedimento comum ajuizada por UNIMED PORTO ALEGRE - COOPERATIVA MEDICA LTDA. em face de AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, por meio da qual a parte autora busca afastar a cobrança de valores a título de ressarcimento ao SUS, relativo a onze autorizações de internação hospitalar (AIH) de procedimentos realizados junto ao sistema público por beneficiários dos seus produtos. Segundo a inicial, os valores referentes a essas AIH impugnadas não são devidos, pois os beneficiários fizeram uso do atendimento pelo SUS quando não tinham cobertura pelos respectivos planos de saúde contratados, e porque os atendimentos não preenchem as condições para o ressarcimento, nos termos do item (iii) do pedido formulado na peça vestibular:

*(iii) Ao final, julgar procedente o pedidode anulação dos atendimentos 4313107322843; 4314100290511; 4314100292392; 4314100996865; 4314100997668; 4314101000781; 4313107946796; 4314100221387; 4314100022771; 4314100738684, 4314100738684e a redução para R\$ 202,50 do atendimento 4313108042639, oriundos do Processo Administrativo nº 33902.219569/2015-27, pelo reconhecimento que os beneficiários fizeram uso do atendimento ao SUS quando não tinham cobertura pelos respectivos planos de saúde contratados e que os atendimentos não preenchem as condições para a cobrança de ressarcimento ao SUS;*

Foi atribuído à causa o valor de R\$115.000,00 (cento e quinze mil reais ev. 01).

A parte autora recolheu custas (ev. 3).

A decisão do evento 4, determinou a citação da parte ré e a intimação da parte autora para anexar aos autos a apólice do referido seguro-garantia, ou comprovante de depósito do valor da dívida, a fim

de que fosse apreciado o pedido de tutela de urgência.

Citada, a ANS anexou contestação no evento 9. Sustentou a legalidade do procedimento de ressarcimento ao SUS. Defendeu a legalidade do processo administrativo e dos critérios adotados para a cobrança das rubricas custeadas pelo SUS para cidadãos que mantém convênio de saúde com a parte autora. Explanou que o procedimento de ressarcimento ao SUS se inicia quando a ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede pública/privada conveniada ao SUS e faz a conferência dessas informações com o seu Sistema de Informação de Beneficiários (SIB). Após a mencionada conferência, uma vez identificado que consumidores de plano de saúde utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras notificações, por meio de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para efetuarem o pagamento dos valores apurados ou apresentarem defesa. Ao final do procedimento administrativo, uma vez constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos, são emitidas Guias de Recolhimento da União (GRU), as quais levam à inscrição em dívida ativa, no caso de não recolhimento. Todos os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Ponderou, desse modo, ser devida a cobrança realizada administrativamente. Argumentou que em relação aos atendimentos 4313107322843, 4313108042639, 4314100290511, 4314100292392, 4314100996865, 4314100997668, 4314101000781, 4313107946796, 4314100221387, 4314100022771 e 4314100738684, a parte autora alega que os beneficiários fizeram uso do atendimento ao SUS quando não tinham cobertura pelos respectivos planos de saúde contratados, mas que no item alegações das AIH's, apenas discorre sobre supostas irregularidades nos prontuários do SUS. Requereu o julgamento de improcedência dos pedidos formulados. Anexou documentos.

A parte autora reiterou o pedido de concessão da tutela de urgência e anexou documentos no evento 12.

Intimou-se a parte autora a complementar a documentação acostada.

A demandante fez nova manifestação no evento 17, oportunidade em que acostou os documentos solicitados.

A decisão do evento 19 deferiu o pedido de tutela de urgência para suspender a exigibilidade do débito objeto da GRU n. 29412040004831630 (docs. OUT2 e GRU3 do ev. 17).

Réplica no evento 22, requerendo a produção de prova pericial.

A ré ofereceu recurso de embargos de declaração no evento 27.

No evento 32, a parte autora peticiona informando que não tem outras provas a serem produzidas.

A parte autora apresentou contrarrazões ao recurso de embargos de declaração (ev. 33).

A decisão do evento 35 acolheu, em parte, o recurso de embargos de declaração para o fim de determinar que a autora apresentasse nova apólice ou endosso da apólice oferecida, contemplando o valor atualizado do débito inscrito em dívida ativa, com referência expressa ao número da CDA relativa ao débito, nos termos que exige o art. 6º, inc. II, da Portaria n. 440/2016, da Procuradoria-Geral Federal (PGF) e indeferiu o pedido de produção de prova pericial.

A parte autora juntou novos documentos no evento 43.

A decisão do evento 44 manteve o indeferimento de realização de prova técnica e concedeu a ordem de suspensão da exigibilidade do débito objeto da GRU n. 29412040004831630 (docs. OUT2 e GRU3 do ev. 17).

A ré peticionou no evento 48 informando a suspensão da exigibilidade do crédito.

A autora apresentou manifestação no evento 50, reiterando os argumentos da petição inicial para o fim de que sejam anulados os atendimentos 4313107322843; 4314100290511; 4314100292392; 4314100996865; 4314100997668; 4314101000781; 4313107946796; 4314100221387; 4314100022771; 4314100738684 e a redução para R\$ 202,50 do atendimento 4313108042639, oriundos do Processo Administrativo nº 33902.219569/2015-27, pelo reconhecimento que os atendimentos não preenchem as condições para a cobrança de ressarcimento ao SUS.

Os autos vieram conclusos para julgamento.

É o relatório.

## II - FUNDAMENTAÇÃO

### 1. Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento está previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98, *in verbis*:

*"Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.*

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II - multa de mora de dez por cento.

§ 5º Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei."

O Supremo Tribunal Federal, na Medida Cautelar em Ação Declaratória de Inconstitucionalidade nº 1931, ajuizada pela Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, afastou a alegada inconstitucionalidade do dispositivo por violação ao devido processo legal:

**EMENTA: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI ORDINÁRIA 9656/98. PLANOS DE SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. MEDIDA PROVISÓRIA 1730/98. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE ATIVA. INEXISTÊNCIA. AÇÃO CONHECIDA. INCONSTITUCIONALIDADES FORMAIS E OBSERVÂNCIA DO DEVIDO PROCESSO LEGAL. OFENSA AO DIREITO ADQUIRIDO E AO ATO JURÍDICO PERFEITO.**

(...)

**4. Prestação de serviço médico pela rede do SUS e instituições conveniadas, em virtude da impossibilidade de atendimento pela operadora de Plano de Saúde. Ressarcimento à Administração Pública mediante condições preestabelecidas em resoluções internas da Câmara de Saúde Complementar. Ofensa ao devido processo**

*legal. Alegação improcedente. Norma programática pertinente à realização de políticas públicas. Conveniência da manutenção da vigência da norma impugnada. 5. (...).Grifei.*

A jurisprudência do TRF da 4ª Região, a seu turno, firmou entendimento no sentido da regularidade da exigência, pela ANS, do ressarcimento das despesas relativas à utilização dos serviços do SUS por beneficiários de planos de saúde (AG n.º 200204010462402/SC e AG n.º 200304010008227/PR).

No entanto, para ser devido o ressarcimento, é necessário que o atendimento prestado pelo SUS esteja previsto no contrato do plano de saúde, a teor do disposto no *caput* do art. 32 da Lei n.º 9.656/98.

Desse modo, a operadora do plano de saúde não pode suportar o pagamento dos procedimentos excluídos da cobertura oferecida. Não há fundamento para sua responsabilização diante da utilização, pelos beneficiários do plano, de serviços do SUS que não estejam incluídos na cobertura oferecida pelo contrato de assistência médica. A imposição do ônus de pagamento das despesas pelos procedimentos do SUS utilizados por beneficiários do plano somente se justifica nos casos em que o procedimento é coberto pelo contrato. Nos casos em que o procedimento está excluído da cobertura, não há razão, em princípio, para que a obrigação seja suportada pela operadora.

Nesse sentido, transcrevo as seguintes ementas:

*PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS À EXECUÇÃO. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE. RESSARCIMENTO AO SUS. PREVISÃO CONTRATUAL. ART. 32 DA LEI Nº 9.656/98. 1. O art. 32 da Lei 9.656/98 determina o ressarcimento pelas operadoras de planos de saúde de 'serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos'. 2. Hipótese em que o serviço não estava abrangido no plano, que é exclusivamente ambulatorial e odontológico, não havendo falar em obrigatoriedade de ressarcimento das despesas com os hospitais conveniados. (TRF4, AC 5041408-88.2011.404.7100, Terceira Turma, Relator p/ Acórdão Roger Raupp Rios, D.E. 23/09/2013)*

*ADMINISTRATIVO. ART. 32 DA LEI 9.656/98. SUS. OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE. INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL. SUCUMBÊNCIA. O entendimento da Turma é de que o ressarcimento por parte das operadoras de plano privado de saúde está condicionado a previsão contratual de cobertura dos mesmos serviços que o SUS tenha prestado. Não se trata de simplesmente cruzar os dados relativos aos atendimentos realizados pelo SUS com as informações cadastrais das empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Se o plano de saúde contratado não cobre o serviço médico prestado pelos SUS, não há que se falar no ressarcimento pretendido. Mantida a sentença. (AC nº 2003.71.00.045834-4 - Relator Desembargador Federal Carlos Eduardo Thompson Flores Lenz, 3ª Turma do TRF da 4ª Região, publicado no D.E. em 07/11/2007)*

*ADMINISTRATIVO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO PELA REDE PÚBLICA DE SAÚDE. RESSARCIMENTO INDEVIDO APENAS NAS HIPÓTESES EM QUE OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS NÃO SÃO COBERTOS PELO PLANO. 1. É constitucional a previsão de ressarcimento ao sus pela prestação de serviço médico a usuários com plano de saúde privado. Precedentes do STF. 2. Na hipótese de o procedimento não ser coberto pelo plano de saúde, a operadora fica isenta da responsabilidade pelo ressarcimento à rede pública. 3. Acolhida a pretensão de prequestionamento, para evitar que a inadmissibilidade dos recursos às instâncias superiores decorra exclusivamente da ausência de menção expressa aos dispositivos tidos pela parte como violados, que tenham sido implicitamente considerados no acórdão, por serem pertinentes à matéria decidida. (TRF4, AC 0009858-68.2008.404.7100, Terceira Turma, Relator Fernando Quadros da Silva, D.E. 05/05/2010)*

## **2. AIH's Impugnadas**

A controvérsia dos autos diz respeito, especificamente, ao fato dos prontuários médicos objeto de cobrança pela ANS, não terem sido corretamente preenchidos, certificados e ou autenticados, bem como ausência de notas fiscais e de documentos que permitam a rastreabilidade do material utilizado. Ainda há alegação de ausência do médico responsável pelo atendimento, bem como ausência de condições para aferir a efetiva administração de medicamentos prescritos.

No caso em tela, a parte autora sustenta que no processo administrativo:

(i) houve a demonstração que beneficiários fizeram uso do atendimento ao SUS quando não tinham cobertura pelo plano de saúde contratado;

(ii) não constam os laudos médicos para emissão da AIH pelo Sistema Único de Saúde e que o laudo médico é o documento utilizado para solicitar a internação do paciente em Hospitais que prestam atendimento ao SIH/SUS, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos. E que não se deve se admitir que contas que não atendam aos requisitos do Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoriado SUS sejam repassadas ao particular quando identificadas irregularidades que afastam o dever de pagamento ao SUS e, conseqüentemente, também o dever de ressarcir da Operadora.

A parte autora acostou aos autos o Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, do Ministério da Saúde, ano de 2004, no evento 1, PROCADM41, pág. 33-50, PROCADM42, pág. 01-70.

A ANS, por sua vez, afirmou em sua defesa (ev. 9) que os dados da AIH/APAC foram apresentados pelos profissionais de saúde do prestador, autorizados pelo gestor, processados pelo DATASUS e seus valores efetivamente pagos, gozando de presunção de veracidade e

legitimidade. Sustentou, ainda, que a ANS não detém competência sobre os dados provenientes do DATASUS e tampouco sobre os procedimentos realizados a usuários.

Quanto à alegação de que houve a demonstração que beneficiários fizeram uso do atendimento ao SUS quando não tinham cobertura pelo plano de saúde contratado, entendo que os documentos acostados aos autos, especialmente o processo administrativo, não denota circunstância fática que evidencie tal ocorrência, de tal sorte que quanto ao ponto, improcedente o pedido.

Por outro lado, resta analisar as alegações constantes no laudo de auditoria realizado pela operadora de saúde, cujo fundamento é o manual de glosas do DENASUS.

**Para isso, passo ao exame de cada uma das Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade - APAC questionadas nestes autos:**

### **I. AIH 4313107322843**

Segundo alegado a petição inicial, não foi localizada a nota fiscal da prótese de silicone utilizada no procedimento de plástica mamária não estética, assim como não foram localizados os laudos dos exames de imagem realizados. A ausência desses itens está em desconformidade com o Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, do Ministério da Saúde, ano de 2004, de tal sorte que não pode ser exigida a cobrança da operadora.

Na réplica, reforçou que (ev. 22):

*1. Inexistência da validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica;*

*2. Não há evidências no prontuário médico do paciente assistido, de existência da descrição anestésica do procedimento faturado, que comprovem a sua efetiva realização;*

*3. Inexistência da nota fiscal do OPME, suscitando dúvidas quanto a efetiva utilização deste material, o qual é indispensável para a realização do procedimento, ora faturado;*

*4. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*5. Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 128, PROCADM41, pág. 28-30, PROCADM119, pág. 715-717, PROCADM119, pág. 2.264.

O laudo da auditoria encontra-se no evento 1, LAUDO120, pág. 1-7.

Após a impugnação apresentada administrativamente pela parte autora, a ANS respondeu informando que o valor relativamente à prótese seria descontado, em face da ausência da localização da nota fiscal, mas que subsistiria a cobrança do valor remanescente, equivalente a R\$ 807,25 (oitocentos e sete reais e vinte e cinco centavos, ev. 1, PROCADM119, pág. 2.160, evento 9, OUT2, pág. 108, 138, 214).

Na oportunidade do recurso administrativo, consoante documento do evento 1, PROCADM119, pág. 715-717, a parte autora fundamenta sua pretensão no desrespeito à Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina e do Manual de Orientações Técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), 2004. Anexou tais regramentos ao processo administrativo (ev. 1, PROCADM119, pág. 718-804). E, no ponto, o recurso administrativo foi improvido, consoante documento do evento 1, PROCADM119, pág. 2.190.

## **II. AIH 4313108042639**

Segundo a parte autora alega na petição inicial, foram encontradas divergências técnicas nas cobranças realizadas, tendo em vista que não atendem os requisitos básicos constantes nos manuais de auditoria do Sistema Único de Saúde –SUS.

Na réplica, reforçou que o ressarcimento deve ser reduzido a R\$ 202,50 (duzentos e dois reais e cinquenta centavos - ev. 22).

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 131, PROCADM35, pag. 213-21, evento 9, OUT2, pág. 110-111.

O laudo da auditoria encontra-se no evento 1, PROCADM35, pág. 214.

A impugnação foi parcialmente provida, no seguinte sentido (evento 9, OUT2, pág. 110-111):

*A operadora pretende a anulação ou retificação do valor a ser ressarcido com base no laudo de auditoria médica apresentado que informa não ter sido encontrado o laudo de exames complementares ou que esses exames estão sem a assinatura do responsável. No entanto, conforme constante no capítulo 6, item 6.1, do Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria apresentado pela*



*operadora, o não cumprimento das normas administrativas do SUS por parte do prestador nem sempre caracteriza a não realização do ato médico/procedimento que está sendo cobrado. Assim, a ausência do laudo de exames complementares ou a falta da assinatura nos laudos desses exames, portanto, não é suficiente para desconto/anulação da cobrança de ressarcimento ao SUS pela operadora do valor referente ao procedimento, que foi efetivamente realizado. É devido, portanto, o ressarcimento integral ao SUS.*

**ALEGAÇÃO: PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO**

*O laudo médico resultante de auditoria in loco apresentado relata não haver registros no prontuário da realização do procedimento 212010026 - EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I, informa não haver registro da realização de 22 procedimentos 302040013 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATORIO C/ COMPLICACOES SISTEMICAS, de nenhum procedimento 302060022 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS C/ COMPLICACOES SISTEMICAS e do procedimento 302060057 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE NO PRE / POS-OPERATORIO DE NEUROCIRURGIA, alega não haver prescrição e etiquetas de rastreabilidade do procedimento 306020068 - TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS e comunica não ser devido o pagamento de 3 unidades do procedimento 309010047 - NUTRICAÇÃO ENTERAL EM ADULTO. No entanto, a operadora pretende a anulação do atendimento identificado, quando é devida apenas a redução no total de R\$ 1.350,78. É devido, portanto, o valor remanescente de R\$ 15.962,23 a título de ressarcimento ao SUS. (grifo nosso)*

No recurso administrativo constou que não havia evidências de realização dos procedimentos especiais (exames de imagem ora contestados), uma vez que não foram encontrados, em anexo à documentação, os laudos médicos com os respectivos resultados destes exames, evento 1, PROCADM117, pág. 88-90.

E no ponto, o recurso administrativo foi improvido, consoante documento do evento 1, PROCADM119, pág. 2.162-2.163, pág. 2.192-2.193, pág. 2.265, evento 109, OUT2, pág. 140-141, pág. 215.

A parte autora pretende que essa AIH seja reduzida para R\$ 202,50 (duzentos e dois reais e cinquenta centavos).

**III. AIH 4314100022771**

Alegou a parte autora, que na instância administrativa deveria ser excluído o valor da coparticipação, ao que houve acolhimento para afastar o valor de R\$ 90,00 (noventa reais), remanescendo o valor de R\$ 991,66 (novecentos e noventa e um reais e sessenta e seis centavos).

Após a decisão de segunda instância administrativa, a parte autora afirmou que realizou auditoria e constatou outras irregularidades nesta AIH, quais sejam, ausência de evidência de

pediatra em assistência em recém-nascido, ausência de laudo e/ou registro de realização em evolução de teste rápido para detecção de HIV em gestante, ausência de comprovação de acompanhante durante a internação, ausência de laudo da biópsia em anexo ao prontuário, inexistência da autorização no laudo de solicitação da autoridade de realização de procedimento para emissão da AIH, inexistência de espelho da AIH.

Em réplica reforçou que (ev. 22):

*1. Ausência de evidencia do pediatra em assistência ao Recém-Nascido;*

*2. Não há evidências, conforme regramentos do DENASUS, da efetiva realização do exame 214010040 -TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE HIV EM GESTANTE, pois inexistente o laudo e/ou registro de realização em evolução, anexados na documentação do prontuário;*

*3. Ausência de comprovação de permanência e existência de acompanhante durante a internação, cujas diárias foram faturadas;*

*4. Ausência do laudo da biópsia em anexo ao prontuário;*

*5. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*6. Inexistência do espelho da AIH, anexada ao prontuário do paciente, para o referido período de internação e que comprove as informações dos procedimentos efetivamente faturados;*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 24, PROCADM59, pág. 25-62, PROCADM63, pág. 175-200, PROCADM64, pág. 1-25, PROCADM119, pag. 2.126-2.127, evento 9, OUT2, pág. 74-75.

A impugnação administrativa foi parcialmente deferida (ev. 9, OUT2, pág. 74-75):

*O contrato apresentado estabelece franquia/coparticipação para o procedimento realizado, tendo sido aplicada a dedução de R\$ 90,00. É devido, portanto, o valor remanescente de R\$ 991,66 a título de ressarcimento ao SUS.*

O recurso administrativo (evento 1, PROCADM103, pág. 151-152), que restou indeferido (ev. 1, PROCADM119, pág. 2.203, pág. 2.270, evento 9, OUT2, pág. 151, pág. 220).

#### **IV. AIH 4314100221387**

Na peça vestibular a parte autora sustentou que na instância administrativa a alegação da Operadora foi que deveria ser excluído o valor da coparticipação e houve acolhimento desta alegação para afastar o valor de R\$ 90,00, (noventa reais) remanescendo o valor de R\$ 634,77 (seiscentos e trinta e quatro reais e setenta e sete centavos).

Depois do recebimento da decisão de 2ª instância a Operadora diligenciou junto ao prestador do SUS e fez laudo que identificou irregularidades na cobrança ao SUS que deveriam ser glosadas, tais como: inexistência de validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica, prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e/ou autenticação eletrônica, ausência de laudo da biópsia em exames em prontuário, inexistência de autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimento para emissão de AIH, inexistência da assinatura do Diretor Geral ou Clínico da Instituição no espelho da AIH.

Em réplica reforçou que (ev. 22):

*1. Inexistência da validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica;*

*2. Prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica;*

*3. Ausência do laudo da biópsia em anexo ao prontuário;*

*4. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*5. Inexistência da assinatura do Diretor Geral ou Clínico da Instituição no espelho da AIH demonstrando que o mesmo estava ciente das informações e procedimentos realizados;*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 180-181, PROCADM81, pág. 21, PROCADM119, pág. 2.128, evento 9, OUT2, pág. 76.

A impugnação administrativa foi parcialmente provida (evento 9, OUT2, pág. 76):

*O contrato apresentado estabelece franquia/coparticipação para o procedimento realizado, tendo sido aplicada a dedução de R\$ 90,00. É devido, portanto, o valor remanescente de R\$ 634,77 a título de ressarcimento ao SUS.*

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM, 103, pág. 181, PROCADM119, pág. 2.223-2.224, 2.267-2.268, evento 9, OUT2, pág. 171-172, pág. 217-218).

#### **V. AIH 4314100290511**

Na instância administrativa a alegação da Operadora foi que deveria ser excluído o valor da coparticipação, havendo acolhimento desta alegação para afastar o valor de R\$ 90,00 (noventa reais), remanescendo o valor de R\$ 730,92 (setecentos e trinta reais e noventa e dois centavos).

Depois do recebimento da decisão de 2ª instância a Operadora diligenciou junto ao prestador do SUS e fez laudo que identificou irregularidades na cobrança ao SUS que deveriam ser glosadas, eis que: constatada a inexistência de validação do profissional responsável pelo parto, ausência de evidência do pediatra em assistência ao recém-nascido, ausência de laudo comprovando a efetividade do procedimento faturado, inexistência de autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.

Em réplica reforçou que (ev. 22):

*1. Inexistência da validação do profissional responsável pelo parto;*

*2. Ausência de evidencia do pediatra em assistência ao Recém-Nascido;*

*3. Ausência de laudo confirmando a efetividade do procedimento faturado;*

*4. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*5. Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico;*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 149, PROCADM80, pág. 54, PROCADM81, pág. 1-20, PROCADM119, pág. 2.128, evento 9, OUT2, pág. 76.

O laudo da auditoria encontra-se no evento 1, LAUDO120, pág. 9-15.

A impugnação administrativa foi provida em parte (evento 9, OUT2, pág. 76):

*O contrato apresentado estabelece franquia/coparticipação para o procedimento realizado, tendo sido aplicada a dedução de R\$ 90,00. É devido, portanto, o valor remanescente de R\$ 730,92 a título de ressarcimento ao SUS.*

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM103, pág. 175-176, PROCADM119, pág. 2.224, pág. 2.265, evento 9, OUT2, pág. 172, 215).

## **VI. AIH 4314100292392**

A parte autora destaca que foram encontradas divergências técnicas nas cobranças realizadas, tendo em vista que não atendem os requisitos básicos constantes nos manuais de auditoria do Sistema Único de Saúde –SUS. Disse que no processo administrativo foi apresentado laudo da operadora apontando as irregularidades: inexistência de validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica, não há evidência no prontuário médico do paciente assistido da existência da descrição anestésica do procedimento faturado que comprove sua realização, inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados, inexistência da nota fiscal do cateter venoso central, suscitando dúvidas quanto à sua efetiva utilização, inexistência de evidências de administração da medicação prescrita através da checagem, inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão nde AIH, ausência de certificação digital do sistema de prontuários eletrônicos.

Em réplica a parte autora reiterou que (ev. 22):

*1. Inexistência da validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica;*

*2. Não há evidências no prontuário médico do paciente assistido, da existência da descrição anestésica do procedimento faturado, que comprovem a sua efetiva realização;*

*3. Inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados (Cateter Mono Lumem), as quais, além de comprovar o efetivo uso dos mesmos, garantem a biossegurança do paciente;*

*4. Inexistência da nota fiscal do OPME (Cateter venoso Central), suscitando dúvidas quanto a efetiva utilização deste material, o qual é indispensável para a realização do procedimento, orafaturado;*

*5. Inexistência de evidências de administração da medicação prescrita através da checagem*

*6. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*7. Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 150, PROCADM36, pág. 22, PROCADM119, pág. 2.167, LAUDO120, pág. 18-26, evento 9, OUT2, pág. 115,

Após a impugnação apresentada pela parte autora no processo administrativo foi abatida a cobrança de R\$ 5.863,90 (cinco mil oitocentos e sessenta e três reais e noventa centavos), restando a cobrança do valor de R\$ 68.206,27 (sessenta e oito mil duzentos e seis reais e vinte e sete centavos - evento 9, OUT2, pág. 115).

O laudo da auditoria encontra-se no evento 1, LAUDO120, pág. 18-26.

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM117, pág. 546-547, PROCADM119, pág. 2.224, 2.265, evento 9, OUT2, pág. 172, 215).

## **VII. AIH 4314100738684**

A parte autora afirmou que na instância administrativa a alegação da Operadora foi que deveria ser excluído o valor da coparticipação e houve acolhimento desta alegação para afastar o valor de R\$ 90,00 (noventa reais), remanescendo o valor de R\$ 769,35 (setecentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos).

Depois do recebimento da decisão de 2ª instância a Operadora diligenciou junto ao prestador do SUS e fez laudo que identificou irregularidades na cobrança ao SUS que deveriam ser glosadas, eis que: não há evidências da comprovação no prontuário médico auditado da paciente assistida da realização deste parto por profissional habilitado, inexistência do relatório anestésico comprovando a efetividade do ato anestésico no procedimento cirúrgico, prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica, ausência de evidencia do pediatra em assistência ao recém-nascido, inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, inexistência do espelho da AIH anexada ao prontuário do paciente.

Em réplica reafirmou (ev. 22):

*1. Não há evidências da comprovação no prontuário médico auditado da paciente assistida, da realização deste parto por profissional habilitado, uma vez que inexistem as provas comprobatórias da descrição cirúrgica do parto faturado e que deveria estar apensada na documentação analisada;*

*2. Inexistência do relatório anestésico comprovando a efetividade do ato anestésico no procedimento cirúrgico;*

*3.Prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica;*

*4.Ausência de evidencia do pediatra em assistência ao Recém-Nascido;*

*5.Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*6.Inexistência do espelho da AIH, anexada ao prontuário do paciente, para o referido período de internação e que comprove as informações dos procedimentos efetivamente faturados.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 25, PROCADM59, pág. 126, PROCADM69, pág. 26, PROCADM119, pág. 2.128, evento 9, OUT2, pág. 76).

A impugnação administrativa foi provida em parte (evento 9, OUT2, pág. 76):

*O contrato apresentado estabelece franquia/coparticipação para o procedimento realizado, tendo sido aplicada a dedução de R\$ 90,00. É devido, portanto, o valor remanescente de R\$ 769,35 a título de ressarcimento ao SUS.*

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM103, pág. 153-154, PROCADM119, pág. 2.226, 2.270, evento 9, OUT2, pág. 174, 220>

### **VIII. AIH 4314100996865**

A demandante apontou que foram encontradas divergências técnicas nas cobranças realizadas, tendo em vista que não atendem os requisitos básicos constantes nos manuais de auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS e que no processo administrativo foi apresentado LAUDO DA OPERADORA impugnando as AIHs, eis que: no prontuário médico inexistente prova comprobatória dos procedimentos realizados (descrição da cirurgia e ficha anestésica), inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados (prótese intraluminal arterial periférica com stent não recoberto), etiqueta de reuso, inexistência de nota fiscal do OPME, prescrição e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica, inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.

Em réplica, reafirmou (ev. 22):

*1.Não há evidências no prontuário médico auditado do paciente assistido, da comprovação de realização do procedimento codificado e faturado, uma vez que inexistem as provas comprobatórias que são a descrição cirúrgica e ficha anestésica na documentação analisada;*

*2.Inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados (Prótese Intraluminal arterial periférica c/ stent não recoberto), as quais, além de comprovar o efetivo uso dos mesmos, garantem a biossegurança do paciente;*

*3.Etiqueta de Reuso;*

*4.Inexistência da nota fiscal do OPME, suscitando dúvidas quanto a efetiva utilização destematerial, o qual é indispensável para a realização do procedimento, ora faturado;*

*5.Prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e/ou autenticação eletrônica;*

*6.Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*7.Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 161, PROCADM36, pág. 219-222, PROCADM119, pág. 2.169-2.170, LAUDO120, pág. 27-35, evento 9, OUT2, pág. 117),

A impugnação administrativa foi provida em parte para reduzir o valor de R\$ 3.491,17 (três mil quatrocentos e noventa e um reais e dezessete centavos), remanescendo a cobrança do valor de R\$ 1.598,04 (um mil quinhentos e noventa e oito reais e quatro centavos - evento 9, OUT2, pág. 117).

O laudo da auditoria encontra-se no evento 1, LAUDO120, pág. 27-35.

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM117, pág. 690-692, PROCADM119, pág. 2.239, 2.266, evento 2, OUT2, pág. 187, 216).

## **IX. AIH 4314100997668**

A autora afirmou que foram encontradas divergências técnicas nas cobranças realizadas, tendo em vista que não atendem os requisitos básicos constantes nos manuais de auditoria do Sistema Único de Saúde –SUS. No processo administrativo foi apresentado LAUDO DA OPERADORA com parecer do Médico Auditor Assistencial, eis que: inexistência de validação do profissional responsável pelo ato na



descrição cirúrgica, inexistência da descrição anestésica do procedimento faturado, inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados, inexistência da nota fiscal do OPME, prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica, ausência das etiquetas de rastreabilidade de procedimentos transfusionais, inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.

Em réplica reiterou os pedidos (ev. 22):

*1. Inexistência da validação do profissional responsável pelo ato na descrição cirúrgica;*

*2. Não há evidências no prontuário médico auditado do paciente assistido, de existência da descrição anestésica do procedimento faturado, que comprovem a sua efetiva realização;*

*3. Inexistência das etiquetas de rastreabilidade dos materiais especiais faturados, as quais, além de comprovar o efetivo uso dos mesmos, garantem a biossegurança do paciente;*

*4. Inexistência da nota fiscal do OPME, suscitando dúvidas quanto a efetiva utilização deste material, o qual é indispensável para a realização do procedimento, ora faturado;*

*5. Prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e/ou autenticação eletrônica;*

*6. Ausência das etiquetas de rastreabilidade de procedimentos transfusionais;*

*7. Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*8. Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 161, PROCADM13, pág. 660-663, PROCADM119, pág. 2.170, evento 9, OUT2, pág. 118).

O laudo da operadora encontra no evento 1, PROCADM13, pág. 661-662.

A impugnação foi provida em parte para afastar a cobrança do valor de R\$ 14.687,50 (quatorze mil seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), remanescendo a cobrança do valor de R\$

13.842,44 (treze mil oitocentos e quarenta e dois reais e quarenta e quatro centavos - evento 9, OUT2, pág. 118).

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM117, pág. 404-406, PROCADM119, pág. 2.239, 2.266, evento 9, OUT2, pág. 187, 216).

#### **X. AIH 4314101000781**

Na instância administrativa a alegação da Operadora foi que deveria ser excluído o valor da coparticipação e houve acolhimento desta alegação para afastar o valor de R\$ 90,00, (noventa reais) remanescendo o valor de R\$ 274,32 (duzentos e setenta e quatro reais e trinta e dois centavos).

Depois do recebimento da decisão de 2ª instância a Operadora diligenciou junto ao prestador do SUS e fez laudo que identificou irregularidades na cobrança ao SUS que deveriam ser glosadas, eis que: prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e ou autenticação eletrônica, ausência de evidência de administração da medicação prescrita através da chegada, inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.

Em réplica, reiterou (ev. 22):

*1.Prescrições e evoluções médicas sem a devida validação pelo profissional responsável e/ou autenticação eletrônica;*

*2.Ausência de evidência de administração da medicação prescrita através da checagem;*

*3.Inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização de procedimentos para emissão de AIH, que assegura que o tratamento dispensado ao paciente foi devidamente codificado pelo médico assistente, único responsável pela escolha e dispensação do tratamento a ser faturado pelo prestador e que estará de acordo com o procedimento proposto pelo próprio médico assistente;*

*4.Ausência de certificação digital do sistema de prontuário eletrônico.*

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 162, PROCADM80, pág. 25-53, PROCADM119, pág. 2.129, evento 9, OUT2, pág. 77.

A impugnação foi provida em parte para reduzir da cobrança o valor de R\$ 90,00 (noventa reais), remanescendo a cobrança do valor de R\$ 274,32 (duzentos e setenta e quatro reais e trinta e dois centavos).

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM103, pág. 177-178, PROCADM119, pág. 2.239, 2.266, evento 9, OUT2, pág. 187, 216).

### **XI. AIH 4313107946796**

A autora sustentou que na instância administrativa a alegação da Operadora foi que deveria ser excluído o valor da coparticipação e houve acolhimento desta alegação para afastar o valor de R\$ 190,00 (cento e noventa reais), remanescendo o valor de R\$ 26,07 (vinte e seis reais e sete centavos).

Depois do recebimento da decisão de 2ª instância a Operadora diligenciou junto ao prestador do SUS e fez laudo que identificou irregularidades na cobrança ao SUS que deveriam ser glosadas, eis que: inexistência da autorização no laudo de solicitação de autorização de realização dos procedimentos para emissão de AIH e inexistência da assinatura do Diretor Geral ou Clínico da instituição no espelho da AIH.

O procedimento médico impugnado objeto de ressarcimento ao SUS consta no processo administrativo nº 33902.219569/2015-27, evento 1, PROCADM3, pág. 178, PROCADM81, pág. 59, evento 9, OUT2, pág. 74.

A impugnação foi provida em parte para reduzir a cobrança do valor de R\$ 190,00 (cento e noventa reais), remanescendo a cobrança do valor de R\$ 26,07 (vinte e seis reais e sete centavos).

Houve recurso administrativo (evento 1, PROCADM109, pág. 179-180, evento 9, OUT2, pág. 139).

### **3. Regramento aplicável - DENASUS, SISA, SIH**

Apontadas as irresignações da parte autora quanto às 11 (onze) AIHs acima analisadas, impõe-se verificar o regramento do SUS quanto à anotação dos prontuários e emissão de AIH.

O fundamento da parte autora para refutar a cobrança das AIH's acima mencionadas está no fato de o SUS contar com o Departamento Nacional de Auditoria - DENASUS, que emite o Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria, o qual permite que se avalie as cobranças feitas dos hospitais conveniados ao SUS, a fim de permitir o pagamento dos serviços prestados e materiais utilizados.

O Sistema Nacional de Auditoria foi instituído pela Lei nº 8.689/93, art. 6º:

*Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Regulamento)*

*§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.*

*§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.*

*§ 3º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.*

*§ 4º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.*

O Decreto nº 1.651/95 regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. No plano federal é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), unidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, que realiza tal atividade.

Atualmente, o funcionamento e a composição do DENASUS estão regradados nos Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, Decreto nº 9.816, de 31/05/2019 e Decreto nº 10.477, de 27 de agosto de 2020.

O art. 17, do Decreto nº 9.795/2019 dispõe:

*Art. 17. Ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde compete:*

*I - auditar a execução das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, para verificar a conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;*

*II - auditar a execução das políticas públicas no âmbito do SUS para aferir a adequação dessas políticas aos critérios e aos parâmetros exigidos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade;*

*III - monitorar o cumprimento das recomendações resultantes das atividades de auditoria realizadas pelo Departamento;*

*IV - subsidiar as áreas técnicas do Ministério da Saúde com os resultados das auditorias, de forma a auxiliar na execução e no controle das suas políticas públicas;*

*V - propor e difundir métodos e técnicas que subsidiem as ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;*

*VI - prestar apoio técnico e metodológico aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; e*

*VII - promover a gestão do conhecimento no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.*

*Parágrafo único. O Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, órgão central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, integra o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo federal e está sujeito à orientação normativa e à supervisão técnica do órgão central desse Sistema.*

À época dos atendimentos, vigia o Decreto nº 6.860/2009, que dispunha no art. 34:

*Art. 34. Ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS:*

*I - auditar e fiscalizar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas, no âmbito do SUS;*

*II - verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;*

*III - estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria, no âmbito do SUS;*

*IV - promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;*

*V - promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria - SNA com órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;*

*VI - emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para:*

*a) instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria; e*

*b) informar a autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelos órgãos integrantes do SNA;*

*VII - orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades organizacionais de auditoria dos Núcleos Estaduais;*

*VIII - apoiar as ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e*

*IX - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo da auditoria no SUS.*

A parte autora fundamentou sua irresignação na cobrança que lhe é imputada no Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria, do ano de 2004, anexado no evento 1, PROCADM118, Página 626-675. Consta, ainda nos autos, o Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar, no Evento 1, PROCADM118, Página 539-625.

O Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditorias foi atualizado no ano de 2005, consoante consta no sítio [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aplicacao\\_glosas\\_auditoria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aplicacao_glosas_auditoria.pdf)

Tal circunstância, todavia, não afasta os argumentos da parte autora, quais sejam, **não se pode utilizar um critério para auditar contas do SUS e obstar o pagamento das faturas e outro para cobrar ressarcimento das operadoras de saúde.**

Assim, a questão central da discussão diz respeito à possibilidade de aplicação dessas regras utilizadas em âmbito nacional para aferir a prestação de serviço no âmbito do SUS, às operadoras de saúde, quando são cobradas à ressarcir o SUS.

A Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 37, dispõe:

*Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)*

(...)

E no ponto, importante trazer a lição de Di Pietro<sup>1</sup>:

*Mas, a constitucionalização de princípios jurídicos e, entre eles, os da Administração Pública, não se exaure na explicitação dessas normas no texto constitucional. Assim admoesta a literatura: "Os princípios enumerados no art. 37 não esgotam os postulados condicionantes da atividade da Administração Pública". É sério equívoco a redução dos princípios constitucionais do direito administrativo brasileiro àqueles constantes expressamente da cabeça do art. 37 da Carta Magna.*

*Outros há referidos ou cunhados explicitamente em dispositivos constitucionais particulares, assim como nesse patamar normativo supremo se captam demais princípios jurídicos que balizam a administração pública e informam o direito administrativo.*

(...)

*O princípio da moralidade administrativa é verdadeiro superprincípio que não se reduz à condição de mero integrante do princípio da legalidade, tanto que se possibilita o combate de ato administrativo formalmente válido, porém destituído do necessário elemento moral.*

(...)

*O princípio da segurança jurídica é inerente ao Estado Democrático de Direito como limite negativo à atuação estatal e garantia fundamental da pessoa nos vários aspectos daí derivados (liberdade, propriedade, personalidade, etc.) protegendo situações jurídicas subjetivas consolidadas. Explica a literatura que "a segurança*

*jurídica" consiste no "conjunto de condições que tornam possível às pessoas o conhecimento antecipado e reflexivo das consequências diretas de seus atos e de seus fatos à luz da liberdade reconhecida". Uma importante condição da segurança jurídica está na relativa certeza que os indivíduos têm de que as relações realizadas sob o império de uma norma devem perdurar ainda quando tal norma seja substituída",*

*Valores como irretroatividade das normas, proteção de direito adquirido, previsibilidade da ação estatal, estabilidade das relações jurídicas, boa-fé, confiança legítima, se impõem à Administração Pública. Mercê de sua vinculação ao interesse público, prestigiar tais valores é elementar ao bem comum e à própria função administrativa.*

Considerados os princípios de direito administrativo, especialmente os princípios da moralidade e da segurança jurídica, verifica-se que por um lado, que deve a Administração Pública utilizar rigoroso sistema de auditoria para aferir as contas de serviços prestados no âmbito do SUS, a fim de efetuar o pagamento apenas do que é, efetivamente, devido. Todavia, não se pode, de outro lado, utilizar-se de critérios menos rigorosos e, portanto, distintos, quando se trata de indenização ao SUS, pelas operadoras de planos de saúde.

E nesse particular, a prova dos autos, elencada no item 2 da presente sentença, deixa evidente as onze AIH's impugnadas não estavam preenchidas conforme a razoável prática administrativa exige. Os laudos de auditoria realizados pela operadora e anexados aos autos evidenciam tais circunstâncias, fundamentando a precariedade das informações constantes nos prontuários, da impossibilidade de rastrear materiais utilizados, de comprovar a administração dos medicamentos prescritos, de localizar o médico responsável pela solicitação de exames e/ou procedimentos, de localização de resultado de exames junto aos prontuários, assim como ausência de certificação dos documentos pela instituição de saúde, dentre outros.

Nessas condições, não se faz possível concluir pela veracidade das informações contidas nas AIHs emitidas.

A alegação da parte ré de que o SUS efetuou o pagamento das AIH's elencadas no processo administrativo, o que, por si só, justificaria seu ressarcimento, não se sustenta, ante a constatação de que os formulários não continham as informações mínimas exigidas tanto para que fossem custeados pelo SUS, quanto para a cobrança do ressarcimento.

Com base em tais fundamentos, procedentes os pedidos formulados.

### **III - DISPOSITIVO**

Ante o exposto, julgo procedentes os pedidos para:

a) condenar a parte ré a reduzir o valor da AIH nº 4313108042639 para o valor de R\$ 202,50 (duzentos e dois reais e cinquenta centavos);

b) declarar a anulação dos atendimentos constantes nas AIHs nº 4313107322843, 4314100022771, 4314100221387, 4314100290511, 4314100292392, 4314100738684, 4314100996865, 4314100997668, 4314101000781 e 4313107946796.

Condeno a parte ré ao ressarcimento das custas iniciais adiantadas pela parte autora e ao pagamento de honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor das AIHs declaradas nulas e sobre o valor abatido da AIH nº 4313108042639, nos termos do art. 85, §§ 2º e 3º, do CPC.

Intimem-se.

Registre-se. Publique-se.

Havendo recurso tempestivo, intime(m)-se a(s) parte(s) contrária(s) para apresentação de contrarrazões, no prazo legal. Juntados os recursos e as respectivas respostas, apresentadas no prazo legal, remetam-se os autos ao Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

Transitada em julgado esta sentença, e nada sendo requerido, dê-se baixa nos autos.

---

Documento eletrônico assinado por **DANIELA TOCCHETTO CAVALHEIRO, Juíza Federal**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006 e Resolução TRF 4ª Região nº 17, de 26 de março de 2010. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <http://www.trf4.jus.br/trf4/processos/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **710013145900v105** e do código CRC **e4586ad6**.

Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): DANIELA TOCCHETTO CAVALHEIRO

Data e Hora: 4/6/2021, às 13:47:20

---

1. Tratado de Direito Administrativo [livro eletrônico]: teoria geral e princípios do direito administrativo/Maria Sylvia Zanella Di Pietro, Wallace Paiva Martins Junior - 2º ed. - São Paulo: Thomson Reuters, 2019, vol. 1

**5043696-91.2020.4.04.7100**

**710013145900.V105**