

PORTARIA Nº 310/2023/GBSES

Define critérios para a aprovação do valor do financiamento estadual temporário e excepcional de procedimentos de alta complexidade (Exames de Ressonância Magnética com ou sem sedação) ao município de Mirassol D' Oeste para atender os municípios pertencentes á Macrorregião Oeste do Estado de Mato Grosso

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, previstas no Art. 71, da Constituição Estadual, e,

CONSIDERANDO as disposições da **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990** que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

CONSIDERANDO o **Decreto Federal nº. 7.508 de 28 de junho de 2011** que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a **Portaria nº 1.097/GM de 22 de maio de 2006**, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO a **Portaria GM/MS nº 1.606 de 11 de setembro de 2001**, que prevê a complementação por meio de recursos próprios;

CONSIDERANDO a **Portaria GM/MS nº 2.567 de 25 de novembro de 2016** que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde;

CONSIDERANDO as disposições do **Decreto Estadual nº 456, de 24 de março de 2016**, que dispõe sobre o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO o **Processo SIGADOC nº SES-PRO-2023/19458 de 06 de abril de 2023**, no qual o município de Mirassol D'Oeste solicita a revisão no quantitativo e nos valores referentes ao repasse de recursos financeiros com vistas à realização de Ressonância Magnética para atender ademandada da Macrorregional Oeste de Mato Grosso;

CONSIDERANDO a (*)Resolução CIB/MT Ad Referendum nº 12, de 11 de abril de 2023 que dispõe sobre a aprovação de financiamento estadual temporário excepcional de procedimentos de alta complexidade (exames de Ressonância Magnética com ou sem sedação) ao município de Mirassol D' Oeste para atender os municípios pertencentes à Macrorregião Oeste do Estado de Mato Grosso;

RESOLVE:

Art. 1º Definir critérios para o pagamento do financiamento estadual temporário excepcional de procedimentos de alta complexidade (exames de Ressonância Magnética com ou sem sedação) ao município de Mirassol D' Oeste para atender os municípios pertencentes à Macrorregião Oeste do Estado de Mato Grosso;

Parágrafo único - O repasse do financiamento de que trata o caput se dará por transferência financeira do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, por meio de Portaria de ordenamento de despesas, mediante comprovação da realização dos exames.

Art. 2º Serão financiados somente serviços ambulatoriais de diagnóstico por imagem (Ressonância Magnética com ou sem sedação) pela Macro Região Oeste, no Estado de Mato Grosso.

Art. 3º O pagamento será efetuada pós-produção, mediante comprovação da realização dos procedimentos, com apresentação dos relatórios extraídos dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial - SAI e SISREGIII), conforme descrito abaixo:

I - Cópia do Espelho de regulação emitido pelo SISREG III;

II - Relatório da Produção aprovada SIA/SUS - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), em que conste o código SIGTAP do procedimento (Ressonância magnética);

III - Relatório técnico da supervisão e relação dos procedimentos ambulatoriais aprovados no Sistema SIA-SUS, com as seguintes informações: nome completo e número do cartão SUS (CNS) do paciente, número da autorização SISREG III, código SIGTAP do procedimento realizado e código de sedação, **conforme Anexos I**, devidamente assinados e carimbados pela equipe técnica do Controle e Avaliação do município;

IV - Cópia do Laudo do exame realizado, assinado e carimbado pelo médico (será aceito assinatura digital).

Art. 4º O processo de pagamento deverá ser instruído mensalmente, com o envio dos documentos elencados **no artigo 3º ao Escritório Regional de Saúde de abrangência**, para análise e validação da equipe de supervisão técnica do Controle e Avaliação, com devido preenchimento, assinatura e carimbo do Relatório Consolidado Físico-Financeiro, conforme **Anexo II**

Art. 5º. A Unidade de Saúde ofertada com a região deverá permitir acesso irrestrito in loco da equipe de supervisão técnica/médica do município, do Escritório Regional de Saúde de abrangência e/ou da Secretaria de

Estado de Saúde de Mato Grosso/SES/MT, à estrutura física e à toda documentação pertinente a realização dos serviços ambulatoriais de que trata esta Portaria.

Art. 6º. Caberá as Secretarias Municipais de Saúde atender as normativas vigentes, referentes à supervisão dos serviços prestados, fluxos e trâmites para o pagamento do custeio mensal estadual.

Art. 7º. Para efetivação dos repasses, é requisito a prévia celebração de Termo de Compromisso entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e o Município.

Art. 8º. Os Efeitos Financeiros inicia a partir da competência de abril de 2023

Art.9º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 26 de abril de 2023

Juliano Silva Melo

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

(Original Assinado)

ANEXO I

LOGOMARCA E DADOS DO MUNICÍPIO

PLANILHA DE CONTROLE DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS E AUDITADOS

Procedimento aprovados no Sistema SIA na competência: _____ de 2023

Unidade de Saúde: _____ CNES: _____

Município: _____

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SEDAÇÃO

(Resolução CIB/MT n° ____/2023 e Portaria n° ____/2023)

Item	Nome do Paciente	CNS do Paciente	Município Origem	Código Solicitação SISREG	Data da realização do Procedimento	Código Procedimento	Nome Procedimento
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

**Assinatura e carimbo da equipe de
Controle Avaliação/SMS**

**Assinatura e carimbo do médico
Auditor/SMS**

**ANEXO II
LOGOMARCA E DADOS DO MUNICÍPIO
PLANILHA CONSOLIDADE DE PROCEDIMENTOS**

Competência: _____/2023

Município: _____

Unidade de Saúde: _____ CNES: _____

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SEDAÇÃO
(Resolução CIB/MT n°xx/2023 e Portaria n°xx/2023/GBSES)**

Nome Procedimento	Valor Unitário do Procedimento	Quantidade Apresentada	Quantidade Aprovada	Quantidade Glosas	Valor Glosado	Valor Total financiamento SES
TOTAL GERAL						R\$

Observação(s): campo destinado a informações relativas à supervisão técnica/médica, caso haja especificidade a ser apontada.

**Assinatura e carimbo da equipe de
Controle Avaliação/ERS**

**Assinatura e carimbo do médico
supervisor/ERS**