



Governo do Estado de Mato Grosso  
SES – Secretaria de Estado de Saúde

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE –CIB/MT**

**RESOLUÇÃO CIB/MT AD REFERENDUM Nº 015 DE 15 DE MAIO DE 2020.**

**Dispõe em caráter excepcional, regras para o pagamento de serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar prestados pelos estabelecimentos de saúde contratualizados e cofinanciados no Estado de Mato Grosso.**

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando:**

**I – As disposições da Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;**

**II – A Portaria nº 356/GM/MS de 11 de março de 2020 que dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);**

**III – A Lei Federal 13.992 de 22 de abril de 2020 que suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março de 2020, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito Único de Saúde (SUS), garantindo os repasses dos valores financeiros contratualizados, na sua integralidade;**

**IV – A Portaria nº 1.124/GM/MS de 7º de maio de 2020 que estabelece regras de forma excepcional para as transferências de recursos do Bloco de Custeio – Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC, pelo período de 120 (cento e vinte) dias;**

**V – A publicação do Decreto Estadual nº 407 de 20 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (2019-nCoV) a serem adotadas pelo Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, e dá outras providências;**

**VI – A Portaria nº 130/2020/GBSES publicada em 07 de abril de 2020 que prorroga o prazo de vigência da Portaria nº 020/2018/GBSES pelo prazo inicial de 90 (noventa) dias a partir de 1º de abril de 2020 com todos os seus dispositivos. Acrescendo um incremento de valores via coparticipação estadual em caráter excepcional durante vigência do Decreto Estadual nº 407 de 16 de março de 2020;**

**VII – A Portaria nº 041/2018/GBSES, de 05 de março de 2018, que institui critérios de financiamento Estadual para custeio mensal de Cirurgias Cardíacas por Toracotomia e procedimentos de Angioplastia Coronariana com *Stent* Farmacológico, no âmbito do SUS/MT;**

**VIII - A Portaria n.º 148/2020/GBSES, publicada em 23 de abril de 2020, que prorroga a Portaria nº 143/2018/GBSES, de 12 de junho de 2018, que institui critérios de financiamento Estadual para custeio mensal de Cirurgias Cardíacas Pediátrica no âmbito do SUS/MT.**



**Governo do Estado de Mato Grosso**  
**SES – Secretaria de Estado de Saúde**

**COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT**

**IX – Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade contratualizados e cofinanciados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso-SES/MT;**

**X – Que o Estado de Mato Grosso é discricionário no que compete à sua gestão financeira, respeitando o pactuado na Lei de Orçamentária Anual (LOA);**

**R E S O L V E:**

**Art. 1º - Aprovar, em caráter excepcional, que no período de 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março de 2020, o pagamento referente à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de Média e Alta Complexidade prestada pelos estabelecimentos contratualizados e cofinanciados pelo Estado de Mato Grosso, será realizado com base na média da produção aprovada de Janeiro a Dezembro/2019.**

**Parágrafo Único – Este período poderá ser prorrogado ou derogado, conforme normativas posteriores.**

**Art. 2º Suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes que os repasses mensais, para o mesmo período, terão com base a média da produção aprovada de Janeiro a Dezembro/2019.**

**Art. 3º Estabelecer que as atividades de supervisão serão retomadas pelo Escritório Regional de Saúde e/ou Nível Central SES-MT, após o período de 120 (cento e vinte) dias, podendo ser prorrogado ou derogado, conforme normativas posteriores.**

**Art. 4º Cientificar que as adequações financeiras necessárias, para mais ou para menos, das competências março, abril, maio e junho/2020 serão ajustadas nas competências subsequentes à supervisão.**

**Parágrafo Único – Fica definido que, para este período excepcional de 120 (cento e vinte) dias, será firmado “Termo de Compromisso” com os prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão do Estado de Mato Grosso, para regulamentar os dispositivos de que trata esta Resolução.**

**Art. 5º. Manter a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde.**

**Art. 6º. Que para os leitos de Unidade de Terapia Intensiva-UTI HABILITADOS e NÃO HABILITADOS, o pagamento será realizado mediante apresentação do Relatório Mensal de Ocupação assinado e carimbado (Anexo II), espelho da AIH, do espelho de regulação SISREG, ficha de sessões de hemodiálise, documento comprobatório de óbito, e produção nos Sistemas de Informação oficiais do Ministério da Saúde (SIH e/ou SIHD2).**

**Parágrafo Único - A documentação de que trata o Art. 6º deverá ser encaminhada ao Escritório Regional de Saúde de abrangência, conforme fluxo já estabelecido, para posterior análise quando retornar as atividades de supervisão.**





**Governo do Estado de Mato Grosso**  
**SES – Secretaria de Estado de Saúde**

**COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT**

**Art. 7º.** Ser obrigação da Unidade de Saúde o envio do Censo Diário dos leitos de UTI para Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência/CRUE-SES/MT, nos seus respectivos endereços eletrônicos ([caruelh@ses.mt.gov.br](mailto:caruelh@ses.mt.gov.br) e [caruelh2@ses.mt.gov.br](mailto:caruelh2@ses.mt.gov.br)), 03 (três) vezes ao dia, sendo às 08h, 14h e as 20h, conforme Anexo I desta Resolução.

**Art. 8º** Que para as Cirurgias Cardíacas Adulto e/ou Pediátrico, o pagamento será realizado mediante apresentação do Relatório Mensal de Produção assinado e carimbado, lista dos pacientes atendidos no mês, espelho da AIH, espelho da regulação via SISREG, comprovante de realização dos procedimentos cirúrgicos, Nota Fiscal do material com número do lote em nome do paciente, e demais documentos que comprovem a prestação do serviço.

**Parágrafo Único** - A documentação de que trata o Art. 8º deverá ser encaminhada ao Escritório Regional de Saúde de abrangência, conforme fluxo já estabelecido, para posterior análise quando retornar as atividades de supervisão.

**Art. 9º** Realizar o pagamento para o serviço de Terapia Renal Substitutiva – TRS mediante apresentação da produção no Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde (SIA-SUS), da Nota Fiscal, Certidões Negativas vigentes, lista dos pacientes atendidos no mês, comprovante de realização dos procedimentos cirúrgicos Confeção de Fístula Artério-Venosa e Implante de Catéter Duplo Lumen contendo a descrição cirúrgica, a etiqueta da prótese artério-venosa e a Nota Fiscal do material com número do lote.

**Parágrafo Único** – A documentação de que trata o Art. 9º deverá ser protocolada na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, endereçada a Superintendência de Programação, Controle e Avaliação/SPCA/SES-MT.

**Art. 10º** Realizar o pagamento para o serviço de Transplantes mediante apresentação da produção nos Sistemas de Informação oficiais do Ministério da Saúde (SIA e SIHD), da Nota Fiscal, Certidões Negativas vigentes, lista dos pacientes atendidos no mês, e demais documentos que comprovem a prestação do serviço.

**Parágrafo Primeiro** - A documentação de que trata o Art. 10º deverá ser protocolada na Coordenadoria Estadual de Transplantes, localizada no prédio do Complexo Regulador Estadual.

**Art. 11º** Manter o fluxo já estabelecido aos demais serviços ambulatoriais (hemoterapia, diagnóstico por imagem, anatomia patológica e imunohistoquímica).

**Art. 12º** Realizar o pagamento para os Hospitais Filantrópicos Contratualizados considerando a média dos valores aprovados pela Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC) conforme Art. 1.º, o que inclui as metas quantitativas e qualitativas previstas no contrato.

**Art. 13º** Esta Resolução entra em vigor após homologada pelo plenário da CIB/MT, com efeitos financeiros a partir da **competência março/2020**.

**Cuiabá-MT, 15 de maio de 2020.**

**Centro Político Administrativo, Bloco 05, CEP 78.050-970, Cuiabá-MT**  
**Telefone: (65) 3613-5409 - E-mail: [secibmt@ses.mt.gov.br](mailto:secibmt@ses.mt.gov.br)**



Governo do Estado de Mato Grosso  
SES – Secretaria de Estado de Saúde

COMISSÃO INTERGETORES BIPARTITE –CIB/MT

A large, stylized blue ink signature of Gilberto Gomes Figueiredo, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

---

**Gilberto Gomes Figueiredo**  
Presidente da CIB/MT

A blue ink signature of Marco Antônio Norberto Felipe, featuring a series of connected loops and a long horizontal stroke.

---

**Marco Antônio Norberto Felipe**  
Presidente do COSEMS/MT



**CENSO DIÁRIO – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA/UTI**





# RELATÓRIO MENSAL DE DIÁRIAS DE UTI

**Hospital:**  
**Município:**  
**Nº Leitos SUS:**

**Tipologia de leito:** ( ) Adulto ( ) Pediátrico ( ) UCINCA ( ) UCINCO

| Nº Leito     | Nome do Paciente | Nº Cartão SUS | Município de Origem | Nº Regulação | Diagnóstico | Data e hora Internação | Data e hora Alta | Motivo Alta (Cód. Alta*) | Nº Diárias | Valor Total Aprovado R\$ |
|--------------|------------------|---------------|---------------------|--------------|-------------|------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
|              |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            |                          |
| <b>TOTAL</b> |                  |               |                     |              |             |                        |                  |                          |            | R\$                      |

\* Código da alta conforme tabela do Manual Técnico Operacional do Sistema SIH, janeiro/2017 (pg. 15.16)

Índice de Pronóstico (Adulto -APACHE II) (Neonatal - SNAP II) (Pediátrico-PIM2):

Assinatura e carimbo do Diretor Clínico e/ou Técnico do Hospital

Assinatura do Setor de Controle e Avaliação do Município

Centro Político Administrativo, Bloco 05, CEP 78.050-970, Cuiabá-MT  
Telephone: (65) 3613-5409 - E-mail: [secibmt@ses.mt.gov.br](mailto:secibmt@ses.mt.gov.br)