

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

MARCELA DE FRANÇA FONSECA

**CUSTOS DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE
PERNAMBUCO EM 2016**

RECIFE

2018

MARCELA DE FRANÇA FONSECA

CUSTOS DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE
PERNAMBUCO EM 2016

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde – PPGGES, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Suely Arruda Vidal

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

F676c Fonseca, Marcela de França
Custos da Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016 / Marcela de França Fonseca. - 2018.
96 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Arruda Vidal.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Diálise renal. 2. Custos e análise de custos. 3. Gastos em saúde. I. Vidal, Suely Arruda (Orientadora). II. Título.

336 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018 – 103)

MARCELA DE FRANÇA FONSECA

CUSTOS DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE
PERNAMBUCO EM 2016

Dissertação apresentada a comissão
examinadora da Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 04 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Dr.^a Suely Arruda Vidal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Melo Filho (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão, filho (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho às pessoas mais presentes em minha vida:
Minha Filha, Maria Clara, presente de Deus.
Meus pais, em especial a minha mãe que é o meu pilar de sustentação.
Meu amor, Joselito, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos.

AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelas bênçãos recebidas e conquistas alcançadas ao longo dos anos.

À minha pequena Maria Clara, filha querida, meu tesouro, minha inspiração, meu grande amor.

Ao meu marido, Joselito, pelo companheirismo, amor e respeito. Pelo incentivo e dedicação a mim e a esta dissertação.

Aos meus pais e irmão que sempre acreditaram e torceram por mim.

À Suely, minha tão especial orientadora. Por todo o aprendizado, pela confiança e disponibilidade sempre.

À Daniella Severien, responsável pelo setor de custos do Hospital das Clínicas, sua ajuda foi essencial.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas diárias. Aprendo demais, todos os dias, com cada um de vocês.

Aos colegas do mestrado, pelas experiências vividas durante esta jornada, em especial à Michely, Ana Carla e Lilian que compartilharam comigo o início desta dissertação e me apoiaram até o final.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde que contribuíram para o meu processo de crescimento profissional em nível de mestrado.

Aos demais familiares, amigos, colegas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste sonho.

A todos que me apoiaram na construção e finalização deste estudo, muito obrigada!

RESUMO

No Brasil, o número de pacientes dependentes de terapia renal substitutiva, principalmente a hemodiálise, é progressivo, gerando desafios quanto à sua eficiência, visto abranger procedimentos de alta complexidade e existir carência de dados de custos, especialmente, em Pernambuco. Objetivo: Descrever os custos e determinar o ponto de equilíbrio da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016. Método: Estudo retrospectivo de caso único do tipo descrição de custo baseada no método de custeio variável. Foram classificados como custos fixos os gastos com recursos humanos, contratos com serviços de terceiros e os investimentos, os variáveis, foram materiais de consumo, manutenção predial, telefone e energia elétrica. Para obtenção do ponto de equilíbrio calculou-se a margem de contribuição. Resultados: A unidade de hemodiálise realizou 9.952 sessões/ano com média de 829,33 sessões/mês e recebeu R\$ 171.821,20 de repasse mensal fixo do Sistema Único de Saúde. Do custo total, 90,6% foram fixos e 9,4%, variáveis. O gasto com pessoal representou 85,19% dos custos fixos e 77,16% do custo total. Dentre os variáveis, o material de consumo somou 93,17% e representou apenas 8,78% do custo total. A margem de contribuição foi R\$ 134.537,69 e o ponto de equilíbrio em relação à receita total foi R\$ 457.352,79, gerando R\$ 223.615,28 de déficit mensal. Conclusão: A unidade de hemodiálise avaliada opera em nível inferior ao ponto de equilíbrio. A receita obtida por meio das sessões de hemodiálise com base na tabela SUS, não é suficiente para cobrir o custo total, a margem de contribuição não é suficiente para cobrir os custos e despesas da instituição e o resultado apurado é negativo.

Palavras-chave: Unidade hospitalar de hemodiálise. Diálise renal. Custos e análise de custos.

ABSTRACT

In Brazil, the number of patients dependent on renal replacement therapy, mainly hemodialysis, is progressive, generating concerns regarding its efficiency, since it covers procedures of high complexity and there is a lack of cost data, especially in Pernambuco. Objective: To describe the costs and determine the break-even point of the hemodialysis unit of the Hospital das Clínicas of Pernambuco in 2016. Method: Retrospective study of a single case of the type of cost description based on the variable costing method. The expenses with human resources, contracts with third-party services and investments were classified as fixed costs, variables were consumables, property maintenance, telephone and electric energy. To obtain the break-even point, the contribution margin was calculated. Results and discussion: The hemodialysis unit performed an annual total of 9,952 sessions, equivalent to an average of 829.33 sessions / month, with a monthly pass-through of the single health system of R \$ 171,821.2. Of the total costs, 90.6% are fixed and 9.4% are variable Personnel expenses represent 85.19% of fixed costs and 77.16% of total cost. Among the variables, consumption materials total 93.17%, however, in the amount of total cost, this item represents only 8.78%. The contribution margin was R\$ 134,537.69 and the break-even point in relation to total revenue equals R \$ 457,352.79, generating a monthly deficit of R \$ 223,615.28. Conclusion: The hemodialysis unit operates at levels below the break-even point. The total income obtained through the hemodialysis sessions performed based on the SUS table is not sufficient to cover the total cost nor is the contribution margin sufficient to cover the institution's costs and expenses and the result verified is negative.

Keywords: Hemodialysis hospital unit. Renal dialysis. Costs and cost analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema renal com um rim transplantado Rim Transplantado.....	23
Figura 2 - Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).....	25
Figura 3 - Diálise peritoneal automatizada (APD).....	26
Figura 4 - Representação de uma sessão de Hemodiálise.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Discriminação dos Custos Fixos e Variáveis da Unidade de Hemodiálise em percentual	48
Gráfico 2 - Média mensal de sessões de hemodiálise, por tipo de sessão em 2016.	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos custos quanto ao critério e quanto ao volume de produção.....	32
Quadro 2 - Classificação dos custos fixos e variáveis e fonte de coleta dos dados da Unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Recife, 2017.....	44
Quadro 3 - Distribuição dos tipos de hemodiálise por código e valor monetário segundo o SIGTAP/SUS, 2017.....	45
Quadro 4 - Receita total mensal. Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Custo total da Unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas da UFPE (incluso depreciação dos salários).....	47.
Tabela 2 - Custos Fixos da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas, Recife, 2017.....	49.
Tabela 3 - Custos Variáveis da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas. Recife, 2017.....	50
Tabela 4 - Margem de Contribuição, Ponto de Equilíbrio e Déficit de receita/mensal. Unidade de Hemodiálise, 2016.....	53
Tabela 5 - Evidenciação da Margem de Contribuição dado Ponto de Equilíbrio encontrado (Receita ideal).....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Custeio Baseado em Atividade
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APD	Diálise peritoneal automatizada
CF	Custo Fixo
CAPD	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
CIF	Custo Indireto de Fabricação
CLT	Consolidação das leis trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CT	Custo Total
CV	Custo Variável
DP	Diálise Peritoneal
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DRC	Doença Renal Crônica
DRCA	Doença Renal Crônica Avançada
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Ed.	Edição
HC	Hospital das Clínicas
HD	Hemodiálise
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
MC	Margem de Contribuição
MEC	Ministério da Educação
p.	Página
PE	Pernambuco
PEq	Ponto de Equilíbrio
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
RT	Receita total

SLED	Sustained Low Efficiency Dialysis
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TX	Transplante
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
URCC	Unidade de Recuperação Cirúrgica Cardíaca
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
vol.	Volume

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
R\$	Valor monetário em real
+	Positivo ou sinal de adição
=	Igual
-	Negativo ou sinal de subtração

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: Contextualizando a temática.....	17
1.2	Objetivos.....	19
1.2.1	Objetivo geral.....	19
1.2.2	Objetivos específicos.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1	Doença Renal Crônica.....	20
2.2	Terapia Renal Substitutiva – TRS.....	22
2.2.1	Transplante Renal.....	22
2.2.2	Diálise Peritoneal – DP.....	23
2.2.2.1	<i>Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD).....</i>	<i>24</i>
2.2.2.2	<i>Diálise peritoneal automatizada (APD).....</i>	<i>25</i>
2.2.3	Hemodiálise – HD.....	26
2.3	Custos: Uma Visão Geral dos Conceitos.....	29
2.4	Classificação dos custos.....	30
2.5	Contabilidade de Custos.....	32
2.6	Métodos de custeio.....	33
2.6.1	Método de custeio variável ou Direto.....	34
2.6.2	Método de custeio por Absorção	35
2.6.2	Custos baseado em atividades (Activity-Based Costing – ABC).....	37
3	METODOLOGIA	40
3.1	Tipo de Estudo.....	40
3.2	Método de Custeio	40
3.3	Descrição da Unidade de Análise – Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco.	40
3.4	Coleta e análise dos dados.....	42
3.5	Aspectos Éticos.....	46
4	RESULTADOS.....	47
5	DISCUSSÃO.....	55
6	CONCLUSÃO.....	60

REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - QUANTIDADE MENSAL DE SESSÕES DE HD, POR TIPO DE SESSÃO EM 2016.....	67
APÊNDICE B – INVESTIMENTOS / DEPRECIAÇÃO DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE.....	68
APÊNDICE C – CUSTOS FIXOS E VARIÁVEIS.....	69
APÊNDICE D – VALORES (R\$) DOS RH, POR CATEGORIA ACRESCIDO DA MÉDIA MENSAL.....	70
ANEXO A - VALOR PAGO PELO SUS PARA SESSÕES DE HD NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS EM 2016.....	71
ANEXO B – QUANTIDADE MENSAL DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE E REPASSE POR TIPO DE SESSÃO EM 2016.....	72
ANEXO C - MATERIAL DE EXPEDIENTE.....	75
ANEXO D - MATERIAL DE COPA E COZINHA.....	77
ANEXO E – MATERIAL QUÍMICO.....	78
ANEXO F – MEDICAMENTOS.....	79
ANEXO G - MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR.....	85
ANEXO H - MATERIAL DE CONSUMO GERAL.....	88
ANEXO I - RECURSOS HUMANOS/MÉDICOS.....	89
ANEXO J - RECURSOS HUMANOS/ ENFERMEIROS.....	90
ANEXO K - RECURSOS HUMANOS/ASSIST. SOCIAL.....	91
ANEXO L – RECURSOS HUMANOS/MAQUEIROS E RESIDENTES.....	92
ANEXO M – RECURSOS HUMANOS/TÉC. EM ENFERMAGEM.....	93
ANEXO N – DESPESAS MANUTENÇÃO PREDIAL.....	94
ANEXO O – DESPESAS ENERGIA ELÉTRICA E TELEFONE.....	95
ANEXO P – CONTRATOS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS.....	96

1 INTRODUÇÃO: Contextualizando a temática

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida contribuíram para mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência das doenças crônicas. Que por sua vez compreendem um grupo de doenças que provocam alterações no estilo de vida das pessoas e interferem em sua qualidade de vida. De modo geral, tais doenças têm uma história naturalmente prolongada, com sintomas que se apresentam gradualmente no processo; um período longo, assintomático, acompanhado de vários fatores de risco, os quais sofrem interferência do. (KIRCHNER, 2011).

Dentre as doenças crônicas encontra-se a doença renal crônica (DRC) que consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins. Sendo considerada um problema de saúde pública mundial. Apesar de cerca de 80% dos casos da doença ser observado em países desenvolvidos, é descrito um padrão de aumento na incidência da doença em países com diferentes características econômicas. (MENEZES, 2015, p.368).

A DRC em seu estágio final é denominada de insuficiência renal. É considerada uma doença sem perspectiva de melhoras rápidas, com evolução progressiva, causadora, além de problemas médicos, problemas sociais e econômicos. Devido ao seu caráter irreversível, a grande maioria dos pacientes evolui para estágios mais avançados, nos quais se faz necessário o emprego de uma modalidade de terapia renal substitutiva para manutenção da própria vida. (KIRCHNER, 2011).

Segundo Sesso (2010) o quantitativo de pacientes dependentes de terapia renal substitutiva (TRS) aumenta a cada ano no Brasil. Para o ano de 2015 estimou-se a existência de 216.550 pacientes em diálise. (SBN, 2015, v. 36, p.49).

Com base na população de 201,03 milhões de habitantes indicado pelo IBGE, O Censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia em 2012 estimou um total de 100.397 pacientes crônicos. Um número que cresce a cada ano e, na contramão, a quantidade de unidades de saúde de alta complexidade vem diminuindo justamente por falta de retorno do investimento. (LOUREIDO, 2014).

Menezes (2015) define a diálise como um processo de filtragem do sangue baseado no transporte de solutos, íons e substâncias, através de uma membrana semipermeável, para um líquido cuja composição é cuidadosamente controlada. As técnicas mais comuns de diálise podem ser agrupadas em duas modalidades: hemodiálise, a mais utilizada, e diálise peritoneal. A terapia renal substitutiva é essencial para a manutenção da vida destes pacientes, contudo, a hemodiálise implica em elevado custo econômico e social.

Estudos conduzidos no Brasil demonstram custos anuais associados à doença que variam de R\$ 19.950,00 a R\$ 26.810,30 por paciente. Secco (2007) afirma que um dos grandes desafios da área de saúde hoje, é buscar equilíbrio entre a qualidade de atendimento e custos viáveis, onde a necessidade de conhecimento dos custos envolvidos na assistência prestada torna-se emergencial para auxiliar na tomada de decisão em relação à alocação de recursos.

Diante do exposto, a contabilidade de custos passou a ser encarada como uma eficiente forma de auxílio no desempenho de uma nova missão: a gerencial, para responder às diferentes demandas de informações de custos frente aos diversos propósitos. A contabilidade de custo se apropria dos custos por meio de diversos métodos de custeio, os quais dizem respeito à composição do valor de custo de um objeto de interesse do gestor. Sabendo-se que computar ou não elementos na mensuração de custos do objeto torna os métodos de custeio diferentes entre si, possibilitando diversas alternativas de decisão. (PINZAN, 2013).

Xavier (2016) declara que nas organizações de saúde, o crescimento e aprimoramento da contabilidade de custo apontam para a necessidade de se aperfeiçoar e acompanhar o desenvolvimento técnico e tecnológico ocorrido. Além disso, a saúde é uma área complexa, composta por vários procedimentos e atividades, tornando a administração uma tarefa desafiadora.

A partir da adoção da gestão de custos voltada para o controle e a tomada de decisão, as instituições de saúde passaram a ter maior interesse em pesquisar assuntos relacionados a custos, até então pouco explorados. (BRASIL, 2006). Não obstante, em 2013, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde destacaram que o exercício da gestão de custos no SUS tornou-se imperativo em virtude da necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema. (BRASIL, 2013).

Esse controle de custos torna-se mais relevante nesse momento político que vive o país, cuja trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária torna-se pior com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) de 2016 (Brasil, 2016a), que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde. Trata-se, portanto, de uma reforma implícita do Estado: a EC 95 dá corpo ao “Novo Regime Fiscal”, sem revelar a real intenção de reduzir a participação das despesas primárias em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), implicando a redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação.

As medidas contidas na proposta inicial que deu origem a esta EC 95 para o financiamento do SUS e para a efetivação do direito à saúde no Brasil foram analisados em nota técnica publicada em 21/09/2016, concluindo-se que o SUS perderia recursos em relação à regra vigente, e que o gasto público com saúde seria reduzido em termos de sua participação no PIB por não partilhar dos ganhos decorrentes do crescimento econômico durante vinte anos. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Partindo do princípio que os recursos na área da saúde são escassos e finitos, e que nem sempre atendem as demandas, confirma a importância de se conhecer os custos e desse modo, melhorar o dimensionamento das atividades e decisões. No entanto, percebe-se que a limitação de recursos é problema sério e que atinge não só os hospitais públicos, o que torna ainda mais necessário o conhecimento dos custos na assistência prestada. Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de se analisar os custos da unidade de hemodiálise, uma vez que esses procedimentos tendem a elevar os gastos para a instituição, refletindo diretamente na oferta do tratamento (sessão de hemodiálise) aos pacientes e corroborando como subsídio para tomada de decisão dos gestores.

Diante dessa contextualização, questiona-se: **quais os custos da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016 e seu ponto de equilíbrio?**

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Descrever os custos e determinar o ponto de equilíbrio da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar e calcular os custos fixos e variáveis da unidade de hemodiálise;
- Quantificar o repasse do SUS recebido pela instituição para o tratamento hemodialítico;
- Comparar a receita atual com a receita ideal (ponto de equilíbrio);
- Calcular a produtividade (quantidade de hemodiálise realizada) em relação a capacidade potencial (quantidade de hemodiálise possível de ser ofertada).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a pesquisa apresenta-se, neste capítulo, uma síntese da literatura pertinente aos seguintes temas: Doença Renal Crônica, Terapia Renal Substitutiva; Custos: Uma Visão Geral dos Conceitos; Classificação dos custos; Sistema por Centros de Custos; e Métodos de custeio.

Inicialmente, apresenta-se um breve histórico sobre a doença renal crônica, assim como as modalidades de terapia renal substitutiva e suas subdivisões. Em seguida, discorre sobre custos, seus conceitos, classificação e aborda o sistema por centro de custos. Sendo a análise dos custos uma ferramenta fundamental para a tomada de decisões gerenciais e de gestão.

Em seguida, finaliza discorrendo sobre os principais métodos de custeio existentes, bem como aquele que será utilizado nesse estudo, enfatizando as principais metodologias utilizadas e as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

2.1 Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida classicamente como anormalidades da estrutura ou função dos rins, presentes por mais de três meses e com implicações para a saúde (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2013). Quando avançada, a DRCA é definida como estágio 5, significando que os rins estão funcionando em uma faixa de filtração abaixo de 15ml/min. Isso pode ser comparado com aproximadamente 15% da função renal original de uma pessoa saudável. Esses pacientes geralmente necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007; MORAES; PECOITS-FILHO, 2010; MORAES, 2011).

Cherchiglia et al. (2010) considera a DRC como um problema mundial de saúde pública, visto que as doenças do rim e trato urinário contribuem com aproximadamente 850 mil mortes a cada ano e 15 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, constituindo-se na 12ª causa de morte e na 17ª causa de incapacidade.

A prevalência e incidência da DRC variam amplamente entre os diferentes países que publicam suas estatísticas, quase todas se referindo à DRC apenas em suas fases finais (“end-stage renal disease”), correspondendo ao estágio 5, quando os pacientes necessitam de terapia renal substitutiva por diálise ou transplante renal. De acordo com o *Global Kidney*

Disease, a prevalência estimada de indivíduos com diferentes graus de disfunção renal (estágios de 1 a 5) em muitos países, varia de 8 a 16%, o que representa um enorme contingente de pessoas que potencialmente necessitarão de terapia renal substitutiva, se apresentarem progressão de sua DRC para fases. (VIVEKANAND et al., 2013).

O Relatório de 2013 do “*United States Renal Data System*” (USRDS), analisando dados de 2011 da população norte-americana, revela que 42% dos pacientes não tiveram acesso a um nefrologista antes de iniciarem um programa dialítico. (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2013). Desses, 51% iniciaram o programa de hemodiálise com cateter como acesso vascular, enquanto que 80% dos que estavam sob tratamento conservador iniciaram o tratamento dialítico com acesso vascular definitivo (fístula em amadurecimento ou já madura), mostrando a importância do tratamento conservador da DRC.

Ao final de 2011, os norte-americanos observaram uma prevalência de 1.901 pacientes por milhão de habitantes em programas de diálise ou de transplante renal, com uma incidência durante o ano de 2011 de 357 pacientes por milhão de habitantes, em concordância com 615.899 pacientes prevalentes e 115.643 pacientes incidentes no país nos períodos considerados. A incidência étnica ajustada foi de 280 por milhão em brancos, 940 por milhão em negros, 453 por milhão em nativos e 399 por milhão em asiáticos (UNASUS/UFMA, 2014, p.24).

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) coleta anualmente dados nacionais sobre pacientes em diálise, estimando essa população. Durante o ano de 2012, em 651 unidades de diálise no país, estimou-se 97.586 pacientes em diálise, com período-prevalência de 503 pacientes por milhão de habitantes. A incidência em 2012 foi de 177 pacientes por milhão de habitantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2012).

A prevalência de pacientes tratados por terapia renal substitutiva vem aumentando ano a ano em nosso país, tendo duplicado de 2002 a 2012. A maior parte dos pacientes é tratada na região Sudeste e apenas 6,7% das unidades de diálise pertencem ao sistema público, ou seja, a imensa maioria dos pacientes brasileiros se trata em unidades privadas ou algumas poucas filantrópicas. (UNASUS/UFMA, 2014, p. 24).

Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o responsável pelo pagamento de 84% das diálises realizadas no país, com cerca de 30.447 pacientes equivalente a 31,2% em lista de espera para transplante renal e mortalidade anual bruta de 17,9% em 2010 (SESSO et al., 2011).

Camargo et al. (2018) afirma que a DRCA causa um impacto negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes e consome uma grande quantidade de recursos. Dessa forma,

a DRCA ou fase terminal de insuficiência renal crônica é um problema de saúde pública que, além de causar impacto negativo sobre a qualidade de vida de seus portadores, é também responsável pelo consumo de uma quantidade muito elevada de recursos de saúde (MOURA et al., 2009 apud CRUZ, 2014). É no momento da insuficiência renal crônica terminal (IRCT) que o paciente necessita de uma terapia renal substitutiva para sobreviver.

2.2 Terapia Renal Substitutiva - TRS

A TRS é o tratamento que exerce as funções dos rins que, quando doentes, não conseguem mais filtrar as substâncias tóxicas retidas no organismo e nem eliminar o excesso de água, através da urina. Os pacientes sem função renal podem ser mantidos por TRS durante anos. Entretanto, a TRS mantém a vida, porém não promovem a cura da doença (KUSOMOTO et al., 2008 apud MARAGNO, 2012).

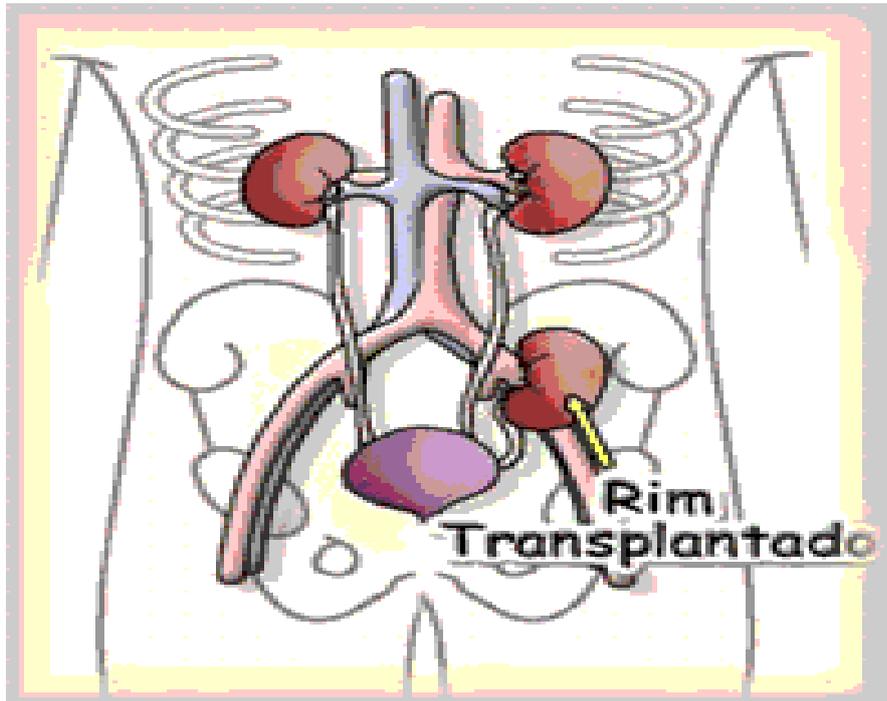
Por sua vez, Fermi (2010) retrata que o custo financeiro desta terapia é extremamente elevado, sendo que no Brasil, aproximadamente 10% do orçamento com a saúde é destinado a esse tipo de tratamento, considerado um dos tratamentos mais caros para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale ressaltar que Conforme legislação vigente (RDC/ANVISA/Ministério da Saúde – nº 154/2004, republicada em 31/05/2006), é um direito do paciente ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento e seus benefícios, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contraindicações. Uma vez diagnosticado com DRC em estágio terminal, pode-se optar por vários tratamentos tais como: Diálise peritoneal, Hemodiálise e Transplante renal. Conforme veremos a seguir.

2.2.1 Transplante Renal

É o tratamento mais natural de substituição para os rins frente à doença renal crônica, e que pode trazer de volta a qualidade e estilo de vida anterior à manifestação da doença. Exige, entretanto, uma série de exames e supervisão clínica, para determinar compatibilidade entre doador e receptor e minimizar as chances de rejeição do seu organismo ao novo rim transplantado. Para Garcia (2012) O transplante renal é reconhecido como um grande avanço na Medicina moderna, que fornece anos de vida com alta qualidade para pacientes com insuficiência renal irreversível ao redor do mundo. O que era uma opção de tratamento experimental, arriscado e muito limitado há 50 anos, atualmente é uma prática clínica de rotina em mais de 80 países.

Figura 1 - Sistema renal com um rim transplantado Rim Transplantado



Fonte: <https://www.google.com/search>

2.2.2 Diálise Peritoneal - DP

Nesta técnica a filtragem é realizada não por uma membrana artificial, mas pelo peritônio, membrana abdominal que recobre os intestinos. Através de uma linha de dutos e de um cateter, no abdômen do paciente, é feita a infusão de uma solução estéril balanceada de íons e glicose no interior da sua cavidade abdominal, entrando em contato com o peritônio, membrana semipermeável natural que permite que as substâncias tóxicas do sangue sejam “filtradas” para a solução. Depois de um determinado período, tal solução é retirada do abdômen do paciente. (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

Na diálise peritoneal, utiliza-se um “filtro” que já existe no nosso próprio organismo. Esse filtro é o peritônio, uma membrana que naturalmente recobre os órgãos abdominais e também a parede abdominal. Diferente da hemodiálise, em que o sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina, na diálise peritoneal o sangue é filtrado dentro do próprio corpo do paciente. (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

Atualmente, existem três tipos de diálise peritoneal (DP): a intermitente (DPI), procedimento de filtragem realizado em nível ambulatorial; a automática contínua (CAPD em inglês), que pode ser efetuado em ambiente doméstico, a qual substitui o líquido da cavidade abdominal quatro vezes ao dia; e a automática (APD em inglês), procedimento automático

comandado por equipamento próprio, que pode ser feito à noite, no hospital ou em casa. Para a realização desta última em ambiente doméstico, alguns requisitos de espaço e higiene devem ser atendidos: há a necessidade de uma bancada para a colocação do aparelho de diálise e de um lavatório para higienização de peças e descarte de líquidos. (MELO, 2000).

A diálise peritoneal normalmente é mais indicada para pacientes idosos ou crianças, em função da possibilidade de realização do tratamento em casa, o que elimina dificuldades de deslocamento até o centro de diálise. O grande inconveniente dessa técnica é o risco de infecção do peritônio (peritonite). (MELO, 2000).

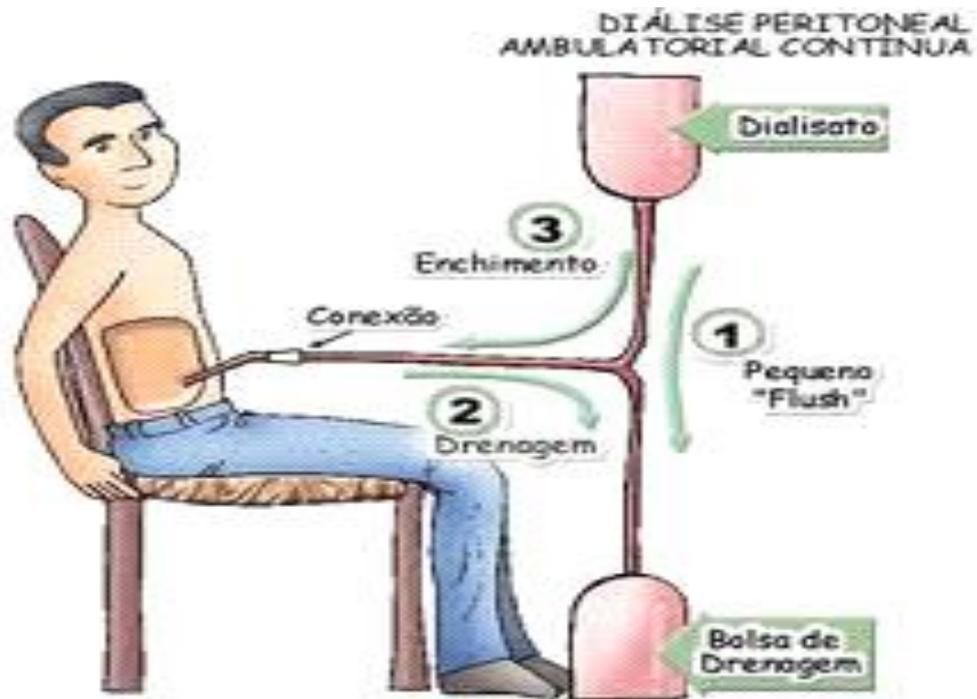
2.2.2.1 *Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)*

É denominada também de troca manual. Na diálise manual, o paciente faz quatro trocas de solução de diálise num período de 24 horas. Um pequeno número de pacientes tem necessidade de cinco trocas (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007). O paciente e sua família recebem um treinamento para realizar as trocas em casa, no trabalho ou durante uma viagem.

O material para troca consiste basicamente em um equipo em “Y” que: em uma ponta, temos uma bolsa de plástico cheia de solução de diálise; na extremidade oposta, temos uma bolsa de plástico vazia que vai receber o líquido drenado; e uma terceira extremidade, que vai ser ligada ao cateter que foi implantado no paciente. (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007).

O procedimento de troca vai ser realizado pelo próprio paciente, ou um familiar treinado, num ambiente limpo para que não ocorra infecção. O tempo de troca dura cerca de 30 minutos. Nesse período, o cateter do paciente é conectado ao equipo em “Y”. Primeiro é drenado o líquido que já estava no abdome para a bolsa de plástico vazia e, após o término da drenagem, é infundida uma nova solução de diálise. (UNASUS/UFMA, 2014, p.27).

Figura 2- Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)



Fonte: <https://www.google.com/search>

2.2.2.2 Diálise peritoneal automatizada (APD)

Denominada de troca na cicladora porque nessa modalidade, há o auxílio de uma máquina cicladora. O paciente conecta seu cateter peritoneal a essa cicladora à noite. A máquina vai infundir e drenar o líquido de 3 a 5 vezes enquanto o paciente dorme (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007). Quanto a programação da máquina, a prescrição é feita pela equipe de saúde e então programa-se a máquina para que realize as trocas automaticamente na casa do paciente.

Figura 3 - Diálise peritoneal automatizada (APD)



Fonte: <https://www.google.com/search>

2.2.3 Hemodiálise - HD

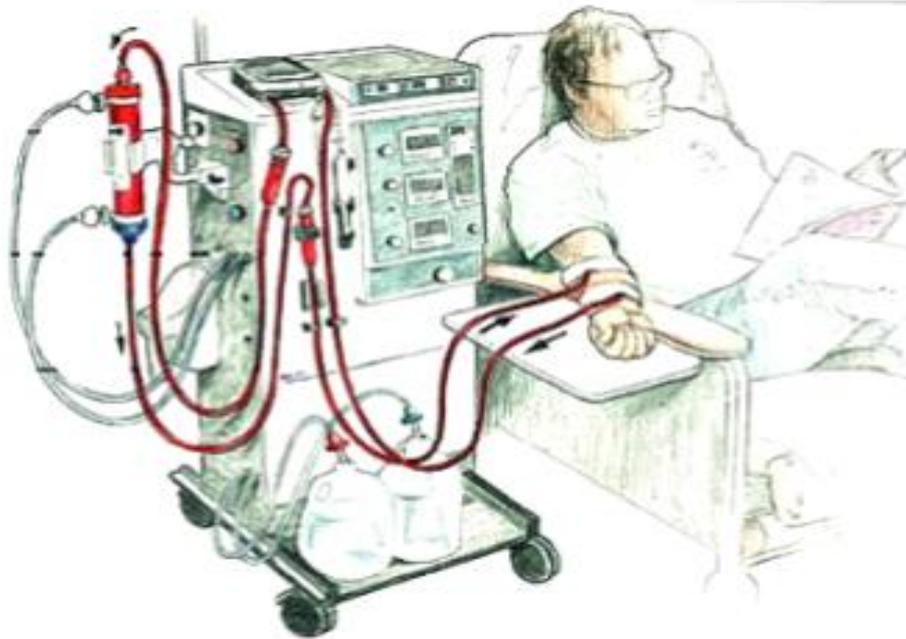
Trata-se da prática mais comum, na qual o processo é comandado por um equipamento dialisador, também chamado “rim artificial”. O sangue do paciente é retirado do organismo, sendo levado por uma linha de pequenos dutos até um tubo – o dialisador –, que possui em sua parte interna um grande número de microtubos capilares construídos com um material sintético semipermeável – a membrana –, dentro dos quais o sangue flui. Ainda dentro dos tubos, porém externamente aos capilares, flui em sentido oposto ao do sangue uma solução de íons dissolvidos em água especialmente tratada – o banho. Depois de atravessar o dialisador, o sangue retorna ao corpo do paciente por uma outra linha de dutos. (MELO, 2000).

Para Andreoli e Nadaletto, (2011 apud MARAGNO, 2012), a hemodiálise é o tratamento dialítico mais utilizado na atualidade. Consiste na diálise realizada por uma máquina, na qual se promove a filtração extracorpórea do sangue. Nesse mesmo raciocínio Daugirdas e Blake (2007) descreve que na hemodiálise, o sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina que filtra esse sangue e o bombeia através das linhas até o filtro (dialisador) que é composto de dois compartimentos separados por uma membrana semipermeável, onde em um compartimento, flui o sangue e em outro flui o dialisato, que é a solução de diálise mais água tratada purificada. Portanto, o sangue do paciente é retirado, filtrado fora do corpo e depois devolvido para o paciente.

Essa água tratada e purificada através de um sistema especial, denominado de osmose, é misturada à solução de diálise. Essa mistura é chamada de dialisato. Na máquina de hemodiálise, dentro do dialisador, o sangue e o dialisato fluem em direção oposta (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007). Como esses dois elementos estão em compartimentos diferentes e separados por uma membrana semipermeável, é possível que a água e pequenas partículas atravessem a membrana e assim, ocorra as trocas entre o dialisato e o sangue. É o mesmo processo da diálise peritoneal, mas aqui a diferença é que o processo é realizado fora do corpo do paciente, utilizando uma membrana semipermeável artificial.

Para que o paciente seja submetido ao tratamento hemodialítico, é necessário um acesso vascular que pode ser uma fístula arteriovenosa ou um cateter venoso central (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007). O melhor acesso para hemodiálise é a fístula arteriovenosa (FAV), que é conseguida através de uma cirurgia realizada, preferencialmente, no membro superior do paciente, juntando uma veia com uma artéria. Após a cirurgia, a fístula não pode ser usada de imediato, durante cerca de 40 dias a parede da veia vai ficando espessa. Esse período é chamado de “maturação” da fístula. Só então a fístula pode ser usada como acesso vascular para hemodiálise. Geralmente, o cateter venoso central é um acesso temporário porque é grande o risco de infecção.

Figura 4 - Representação de uma sessão de Hemodiálise



Fonte: <https://www.google.com/search>

A terapia hemodialítica é realizada em um hospital ou clínica de hemodiálise, três vezes por semana e durante a sessão que dura cerca de quatro horas o paciente fica ligado à máquina. Para Mehrota (2011) um tipo de diálise não é melhor do que outro. As condições clínicas do paciente e seu estilo de vida é que vão orientar a escolha do tratamento. A decisão deve ser em conjunto: equipe de assistência à saúde, paciente e seus familiares.

Ressalta-se que 91,6% dos pacientes que realizam tratamento dialítico são submetidos à hemodiálise (SESSO et al., 2014). E que o crescimento da população com DRC tem implicações substanciais para as políticas públicas de saúde, sobretudo pelo custo elevado dos pacientes em TRS, com 85% a 95% dessa terapêutica subsidiada pelo SUS (CHERCHIGLIA et al., 2010).

Conforme Secco (2007) os recursos escassos é um problema sério que afeta não só os hospitais públicos, sendo necessário o conhecimento dos custos na assistência prestada, pois esses dados são essenciais para o gerenciamento dos custos dos serviços hospitalares, contribuindo para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos e investimentos futuros, para comparar e analisar os valores pagos pelo SUS e, assim, poder demonstrar a necessidade de melhores repasses de verba.

Pois, a cada ano no Brasil, o quantitativo de pacientes dependentes de terapia renal substitutiva aumenta gerando preocupações crescentes para os gestores do Sistema Único de

Saúde (SUS) em relação à sua eficiência e seus custos, uma vez que abrange procedimentos de alta complexidade e, conseqüentemente, de alto custo. (SESSO, 2010 apud HSIAO, 2015).

Por fim, Menezes (2015) relata que ainda são identificadas carências de dados abrangentes sobre as características da realização e dos custos da hemodiálise no Brasil. Tal fato é confirmado por Hsião (2015) quando afirma que pesquisas relacionadas ao gerenciamento de custos das diferentes modalidades de TRS ainda são escassas, principalmente no Brasil. Destarte, investimentos na aplicação de metodologias para a apuração dos custos dos procedimentos hemodialíticos precisam ser realizados, a fim de fundamentar avaliações de sustentabilidade econômica, sem prejuízos à qualidade assistencial.

2.3 Custos: Uma Visão Geral dos Conceitos

Neste universo é relevante o conhecimento de alguns conceitos a respeito do tema para melhor entendimento. Portanto, na compra de um aparelho, o valor resultante do custo total deste aparelho relacionado com sua vida útil, geralmente expresso em meses ou ano é denominado **Depreciação**. Por sua vez, o **investimento** é o gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuros períodos (BRUNI; FAMÁ, 2006, p.81). Para Kohama (1999 apud LAGIOIA, 2006) investimentos são os gastos realizados com o propósito de criar novos bens de capital. Já o **desembolso** é o pagamento resultante da aquisição do bem ou serviço e que pode ocorrer antes, durante ou após a entrada da utilidade comprada (MARTINS, 2008).

Para tanto, o **gasto** é um compromisso ou o sacrifício financeiro assumido por uma empresa para obtenção de um produto ou serviço, sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro). O gasto se concretiza quando os produtos ou serviços adquiridos pela empresa são prestados ou passam a ser de sua propriedade. (VICECONTI; NEVES, 2003).

De acordo com Brasil (2013, p. 33) “representam todos os sacrifícios ocorridos pela aquisição de bens ou serviços (gastos) que são ”estocados” nos ativos da empresa para baixa ou amortização quando de sua venda, consumo, desaparecimento ou desvalorização”.

Para Leone (2009, p. 32) o “termo *gastos* é usado para definir as transações financeiras em que há ou a diminuição do disponível ou a assunção de um compromisso em troca de algum bem de investimento ou bem de consumo”.

Por outro lado, as **despesas** são gastos com bens ou serviços não utilizados nas atividades produtivas e consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas. São itens que reduzem o patrimônio e que têm essa característica de representar sacrifícios no processo de obtenção de receitas. (MARTINS, 2008; CREPALDI, 2009).

As **perdas** são bens ou serviços consumidos de forma anormal. São gastos não intencionais decorrentes de fatores externos extraordinários ou da atividade produtiva normal da empresa. (BRUNI; FAMÁ, 2006).

O **custo**, por sua vez, é o “gasto relativo ao consumo de recursos (bem ou serviço) utilizados na produção de outros bens ou serviços. (CARDOSO; MÁRIO; AQUINO, 2007, p.22).” Ou seja, é um gasto reconhecido como custo no momento da fabricação de um produto ou da execução de um serviço, é o gasto relativo à atividade de produção (CREPALDI, 2009; VICECONTI; NEVES, 2003). Logo, os custos Operacionais necessitam do volume de atendimento, nele estão inclusos: Salário de pessoal, medicamento, material de consumo, infraestrutura.

Para tanto, **objeto de custos** é qualquer item que desejamos saber sobre o custo. Pode ser: um procedimento, paciente específico, categoria de pacientes, serviço do hospital, departamento ou uma organização inteira. De acordo com Torres (2006), dependendo do tipo de análise de custos que se queira fazer, utilizar-se-á uma classificação de custeio diferente, que melhor demonstre o resultado que se quer alcançar. Assim, dependendo do objetivo, os custos podem ser classificados de várias maneiras.

2.4 Classificação dos custos

Segundo Martins (1996), pode-se classificar os custos com relação à sua variabilidade em fixos e variáveis. No que diz respeito à variabilidade, denominam-se custos variáveis todos aqueles que se alteram com a quantidade produzida. Os custos fixos, ao contrário, permanecem inalterados, apesar da variação na quantidade produzida. Esses não estão relacionados com o volume de atendimento. Apresentam-se estáveis e não variam em relação ao número de pacientes atendidos.

Torres (2006) complementa esse raciocínio ao afirmar que os custos fixos são aqueles em que sua ocorrência independe do volume de atendimento, enquanto que os custos variáveis dependem do volume de atendimento. Os custos variáveis estão relacionados diretamente com o volume de pacientes. São aqueles cujo valor se altera na mesma proporção

das oscilações nos volumes produzidos, quanto maior a quantidade produzida, maior o consumo. (BRASIL, 2013).

Nas questões de facilidade de alocação de recurso, Falk (2001) diz que o custeio pode ser classificado em direto e indireto, sendo os Custos diretos aqueles que podem ser diretamente apropriados aos produtos ou serviços produzidos. Caracterizam-se pela possibilidade de sua especificação por serviço prestado.

No mesmo sentido Zancula (2013) descreve: Custos diretos constituem todos aqueles elementos de custo individualizáveis com respeito ao produto ou serviço, isto é, se identificam imediatamente com a produção dos mesmos, mantendo uma correspondência proporcional. Um mero ato de medição é necessário para determinar estes custos.

Pode-se afirmar que os Custos Diretos são os que estão diretamente associados ao objeto de custo e normalmente sob o controle direto do responsável do serviço. Conforme Crepaldi (2009) os custos diretos são aqueles que variam com a quantidade produzida e podemos relacioná-los diretamente aos produtos. Sem ele o produto não existiria.

Os Custos indiretos são aqueles que apenas mediante aproximação podem ser atribuídos aos produtos por algum critério de rateio. Logo, o custo indireto é o custo que não se pode apropriar diretamente a cada tipo de bem ou função de custo no momento de sua ocorrência. São apropriados aos portadores finais mediante o emprego de critérios pré-determinados e vinculados a causas correlacionadas. (FALK, 2001). No mesmo direcionamento Brasil (2013) afirma que são aqueles que por dificuldade de apropriação, irrelevância ou por sua própria natureza, não se identificam com o produto final. Não oferecem condição de uma medida objetiva e qualquer tentativa de alocação tem de ser feita de maneira estimada, mediante algum critério de alocação (rateio) para serem atribuídos aos produtos.

Beulke e Bertó (1997) exemplificam os custos diretos e indiretos no ramo da saúde. Os custos diretos referem-se àqueles relacionados com o consumo de medicamentos, de materiais médico-hospitalares, e de gêneros alimentícios aplicados na elaboração das refeições. Por outro lado, os custos indiretos são aqueles relacionados com energia elétrica; água, depreciação; materiais de limpeza; custo administrativo em geral.

Quadro 1- Classificação dos custos quanto ao critério e quanto ao volume de produção

CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS			
Quanto ao critério de alocação		Quanto ao volume de produção	
Custos diretos	Custos indiretos	Custos fixos	Custos variáveis
Diretamente apropriados aos produtos e mensurável de maneira objetiva.	Para serem incorporados aos produtos, necessitam utilizar algum critério de rateio.	Valor não se altera quando se modifica o volume produzido.	Variam diretamente com o volume produzido.

Fonte: Xavier, 2016.

Custos semi-variáveis são custos que variam com o nível de produção, mantendo, entretanto, uma parcela fixa mesmo que nada seja produzido. Apresentam um “escalonamento” em relação às quantidades de bens produzidos (ou serviços prestados). Caracteriza-se, por ter um nível mínimo independente do nível de atividade (dentro do mesmo intervalo de dimensão) e uma variação em função do nível de atividade. (LIMA, 2014).

Por fim, o Custo Total é o somatório de todos os custos que participam na elaboração e/ou comercialização de um produto, o gasto total da empresa com os fatores de produção. Compõe-se de custos variáveis e custos fixos: $CT = CF + CV$.

2.5 Contabilidade de Custos

A contabilidade de custos é uma ferramenta gerencial utilizada para a melhoria do desempenho de qualquer organização. Por meio desta ferramenta pode-se fornecer a informação necessária para tomada de decisões objetivas, visando à diminuição de gastos ou ao aumento na receita, ou ambos. (FALK, 2001).

Ainda segundo o autor, a contabilidade de custos:

[...] facilita um controle mais preciso dos mesmos para fins de diminuição ou substituição de itens mais onerosos na composição dos custos, permite melhor análise de lucratividade, estabelecimento de taxas de serviço, planejamento estratégico e gerenciamento do pessoal médico e não médico, em termos de produtividade e perfis operacionais de atendimento. (FALK, 2001, p.15).

Abbas (2001) acrescenta que com o crescimento das empresas e o consequente aumento na complexidade do sistema produtivo, constatou-se que as informações fornecidas

pela contabilidade de custos eram potencialmente úteis ao auxílio gerencial, sendo esta função tão importante na maioria das empresas, quanto a determinação do resultado do período.

Para tanto, a contabilidade de custos faz parte da contabilidade gerencial ou administrativa, a qual contribui com duas funções muito importantes: auxílio ao controle dos gastos e suporte às tomadas de decisões. (MARTINS, 2008; VICECONTI; NEVES, 2003).

De acordo com Gonçalves, Zac e Amorim (2009) para responder às diferentes demandas de informações de custos frente aos diversos propósitos, a contabilidade de custos se apropria dos custos por meio de diversos métodos de custeio. Estes determinam a maneira como os custos devem ser alocados aos produtos, embasando-se na classificação e comportamento dos mesmos. Serão apresentados a seguir, alguns dos principais métodos de custeio, dentre eles o Custeamento Variável ou Direto que foi o utilizado no estudo ora em questão.

2.6 Métodos de custeio

O termo custear significa “coletar, acumular, organizar, analisar, interpretar e informar custos e dados de custos, com o objetivo de auxiliar a gerência da empresa” (BARCELLOS; BOAS, 2005).

Por sua vez, a expressão método de custeio diz respeito à apropriação dos custos aos serviços ou produtos. A apuração desses custos resulta da relação entre informações monetárias e físicas exigindo-se para ambas um adequado processo de coleta, registro, processamento e compilação. (TOMMASI, 2000).

Para Martins (2008), a decisão sobre qual método utilizar depende de quem vai receber as informações e que uso dará a elas. Uma vez definidos os objetivos do custeio, torna-se mais fácil determinar que método utilizar, bem como seu nível de detalhamento.

Camargos e Gonçalves (2005) apresentam que os métodos de custeio definem como deve ser feito o custeio dos produtos. Isto é, como e quais custos (e despesas) devem ser alocados aos produtos, além de enfatizar que os métodos de custeio podem ter objetivos tanto legais quanto gerenciais, com abordagens distintas.

Segundo Crepaldi (2009), método de custeio “é o método usado para a apropriação de custos”, maneira pela qual se procede a acumulação e apuração dos custos. Para Camargos e Gonçalves (2005) os métodos de custeio determinam como deve ser feito o custeio dos produtos, ou seja, como e quais custos devem ser alocados aos produtos.

Abbas, Gonçalves e Leoncine (2012) afirmam que os métodos de custeio são utilizados, dentre muitas outras informações, para “determinar o valor dos objetos de custeio; reduzir custos, melhorar os processos; eliminar desperdícios; decidir entre produzir ou terceirizar; e eliminar, criar e aumentar, ou diminuir, a linha de produção de certos produtos”.

Com o intuito de atender diferentes necessidades, vários métodos de custeio foram desenvolvidos, sendo os mais utilizados para a apuração de custos na área da saúde o custeio direto ou variável, custeio por absorção e o custeio baseado em atividades (ABC) conforme se segue:

2.6.1 Método de custeio variável ou Direto

Trata-se de um método que faz a análise dos gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas) e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição (MC) de cada produto. Por priorizar os gastos variáveis, fornece um indicador, a MC, que acompanha a direção das vendas, muito útil para a tomada de decisões gerenciais sobre a lucratividade de cada produto, bem como sobre a eliminação daqueles deficitários. (BRASIL, 2013).

No método de custeio variável ou custeio direto, os custos totais são divididos em custos fixos e custos variáveis, sendo apropriados aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, ou seja, apenas os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos, pelo fato de existirem mesmo que não haja produção, não são considerados como custo de produção, portanto são lançados como despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado do período. (CREPALDI, 2009; MARTINS, 2008).

Para Abbas, Gonçalves e Leoncine (2012) o custeio variável pressupõe que uma organização, para funcionar, já deve estar comprometida com os custos fixos, que não sofrem alterações caso haja aumento ou diminuição da produção, ou, até mesmo, caso não haja produção. Uma vez preparada a estrutura fixa da organização para atender aos clientes, a decisão relevante está relacionada com os custos variáveis.

No custeio variável todos os custos e despesas variáveis são deduzidos da receita, resultando na MC, a qual representa o valor que cobrirá os custos e despesas fixas da empresa e proporcionará o lucro, ou seja, é a diferença entre a receita total e os custos variáveis. Contudo, a instituição atinge o Ponto de Equilíbrio (PEq) quando não tem lucro ou prejuízo;

nesse ponto, as receitas totais são iguais aos custos totais ou despesas totais. (CREPALDI, 2009).

O método de custeio variável não é aceito na elaboração de relatórios contábeis, mas é utilizado para fins internos e gerenciais, como ferramenta de auxílio à administração para a tomada de decisões em razão da obrigatoriedade legal de uso do custeio por absorção. (BRASIL, 2006).

De acordo com Tregansin (2004), o custeio variável é usado para apoio a decisões de curto prazo, em que os custos variáveis tornam-se extremamente relevantes. Não sendo recomendada a sua utilização como base para a tomada de decisões no longo prazo, pois os custos fixos tendem a diminuir no longo prazo e muitas decisões envolvem custos fixos.

2.6.2 Método de custeio por absorção

O custeio por absorção é o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos. De acordo com Martins (2008) consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, e só os de produção; todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços feitos. Assim, os gastos que não pertencem ao processo produtivo, como as despesas, são excluídos (CREPALDI, 2009).

Deste modo, o método de custeio por absorção consiste na apropriação integral dos custos de produção aos bens produzidos e serviços prestados. Inicialmente os custos são classificados em diretos e indiretos, sendo os diretos identificados diretamente aos produtos e serviços; enquanto os indiretos são apropriados de maneira indireta, mediante bases de apropriação arbitrárias, critérios de rateio, previsão de comportamento de custos ou estimativas (HONG; MARQUES; PRADO, 2010).

O custeio por absorção segue as seguintes etapas: separação entre custos e despesas; classificação dos custos em diretos e indiretos; apropriação de custos diretos ao produto; e atribuição dos custos indiretos aos produtos, segundo bases de rateio previamente estabelecidas (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

Para a aplicação do rateio dos custos indiretos, o sistema de custeio por absorção realiza a departamentalização, que consiste na separação das atividades de uma empresa de acordo com um critério específico de homogeneidade de atividades, ou mesmo de tecnologia empregada na produção, visando maior eficiência nas operações (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2009).

Segundo Crepaldi (2009) a departamentalização é o procedimento de dividir ou segmentar a empresa em departamentos ou centros de custos, aos quais são debitados todos os custos de produção nele incorridos. O departamento “é a unidade mínima administrativa para a contabilidade de custos, representada por pessoas e máquinas (na maioria dos casos), em que se desenvolvem atividades homogêneas”. (MARTINS, 2008).

Na maioria das vezes um departamento é um centro de custos, nele são acumulados os custos indiretos para posterior alocação aos produtos (departamentos de produção) ou a outros departamentos (departamentos de serviços). Os departamentos de produção são os que atuam sobre os produtos e tem seus custos apropriados diretamente a estes. Já os departamentos de serviços não atuam diretamente na produção e sua finalidade é prestar serviços aos departamentos de produção (VICECONTI; NEVES, 2003).

Nos estabelecimentos de saúde, a departamentalização (ou divisão dos custos por unidades) é fundamental e tem como objetivos básicos o controle do custo/paciente e a determinação dos custos totais (TORRES, 2006).

A departamentalização dos custos vai permitir o estabelecimento de taxas de absorção departamentais, conferindo maior confiabilidade à apropriação dos custos indiretos (Leone, 2012). Com a empresa departamentalizada pode-se obter maior sucesso no gerenciamento dos recursos, controle e avaliação de desempenho do pessoal, sendo possível determinar os custos com menor nível de subjetividade e maior eficiência no processo de controle (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2009).

Abbas, Gonçalves e Leoncine (2012) ressaltam que a departamentalização tem a finalidade de aumentar a eficiência de controle de custos das organizações uma vez que os custos são apurados em níveis departamentais. Deste modo, possibilita a apresentação de relatórios e dados com o desempenho dos diversos departamentos, antes mesmo de atribuir o custo ao bem ou serviço.

O custeio por absorção é o mais utilizado pelas instituições por atender os critérios contábeis, societários fiscais na apresentação de relatórios externos, além de ser aceito pela legislação brasileira. Esse método incorpora os custos fixos e indiretos aos produtos, traduzindo esses gastos em custo unitário através de procedimentos de rateio das despesas (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009).

De acordo com Castro e Marinho (2007), o custeio por absorção pode trazer grandes vantagens para as instituições, em especial àquelas que não possuem condições de informatizar todas as suas informações e cujo custo indireto não é preponderante no custo total. Outra vantagem do custeio por absorção é que, como os estoques são avaliados por seu

custo total, possibilita a formação do preço de venda de cada produto a partir do seu custo, que servirá de referência para a atuação no mercado (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2009).

Todavia, o sistema de custeio por absorção apresenta algumas deficiências na sua utilização gerencial, entre elas a obscuridade na apropriação dos custos fixos e variáveis, pois estes são elementos importantes na apuração do custo final do produto/serviço. Também peca por trabalhar intensivamente com os custos indiretos, distribuindo-os por meio de bases duvidosas entre os departamentos e entre os produtos, sendo os critérios de rateio desses custos objeto de discussão, em razão do nível de arbitrariedade que eles compreendem (LEONE, 2012).

2.6.3 Custos baseado em atividades (Activity-Based Costing – ABC)

O sistema de custeio baseado em atividades – do original em inglês *Activity- Based Costing* (ABC) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem e na formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente, processos por meio de visão sistêmica. (BRASIL, 2013).

Viceconti e Neves (2003) referem que o custeio por atividades está baseado nas atividades que a empresa efetua no processo de fabricação de seus produtos e proveio do significativo aumento dos chamados Custos Indiretos de Fabricação (CIF) (*overhead cost*) na produção industrial nas últimas décadas. Com o aumento dos CIF, que passaram a representar, em muitos casos, a maior parcela dos custos de produção de uma empresa, houve uma maior preocupação em reduzir as distorções provocadas pelo rateio arbitrário desses custos, uma vez que os gerentes poderiam cometer erros na tomada de decisões caso fossem cometidos erros no rateio dos CIF aos produtos fabricados pela empresa.

O custeio ABC surge nesse cenário no intuito de tentar alocar os recursos produtivos da empresa de forma mais eficiente. É, portanto, um método de custeio que descarta as distorções provocadas pelo rateio indiscriminado dos custos indiretos, uma vez que todas as atividades de produção são consideradas importantes para determinar o custo do produto. (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2009).

Esse método possibilita avaliar com acurácia as atividades desenvolvidas em uma empresa utilizando direcionadores para atribuir os gastos indiretos de uma forma mais realista aos produtos e serviços, e tem como objetivo estabelecer meios de relacionar os CIF com as atividades e assim rastrear quais atividades da empresa consomem de forma mais significativa seus recursos. (DUBOIS; KULPA; SOUZA, 2009).

De acordo com Pitela et al. (2010), o fundamento básico do ABC é a identificação, por meio de rastreamento, do agente causador do custo para lhe imputar tal valor. Os custos são atribuídos inicialmente às atividades e, posteriormente aos produtos. O objeto de custeio deixa de ser o produto e passa a serem as atividades, pois estas são quem consomem recursos. Assim, Brasil (2013) afirma que o ABC parte do princípio de que não são os recursos que são consumidos pelo produto, mas as atividades; e estas, por sua vez, consomem os recursos. Baseia-se na visão sistêmica da empresa e na fragmentação destes sistemas (ou processos) em atividades.

Segundo Brimson (2004 apud BRASIL, 2013) uma atividade é uma combinação de pessoas, tecnologia, matérias-primas, métodos e ambiente para gerar determinado produto ou serviço. Desta forma é possível descrever o tempo gasto e os resultados do processo. Assim sendo, o primeiro passo no custeio ABC é relacionar quais as atividades relevantes dentro de cada centro de custo, uma vez que o custo da atividade compreende todos os sacrifícios de recursos necessários para desempenhá-la: salários com encargos, materiais de consumo, depreciação, água, energia, etc. (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

Em seguida, a apropriação dos custos de cada uma dessas atividades é realizada, criando informação sobre “quais” e “como” os recursos são consumidos em cada atividade mapeada ao longo do processo. Estes recursos podem ser recursos humanos, material de consumo ou equipamentos. A partir daí, identifica-se as atividades que agregam valor ao produto ou serviço prestado. Cada uma destas atividades vai gerar informação gerencial para subsidiar a tomada de decisão (BRASIL, 2013).

O ABC é um sistema de custeio ainda muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. Sua grande desvantagem é representada por sua complexidade, portanto é mais adequado para organizações com elevados custos indiretos e processo de produto dotado de alta complexidade (BRASIL, 2006; PITELA et al., 2010). Além disso, é de difícil implantação em função de seu alto grau de detalhamento. (BONACIM; ARAÚJO, 2010).

Todos os métodos de custeio apresentados podem ser utilizados mutuamente. Para cada um deles são apontadas vantagens e desvantagens, portanto cabe à instituição analisar qual metodologia melhor se adequa às suas necessidades, ou seja, qual metodologia será mais apropriada para alcançar seus respectivos objetivos. (BRASIL, 2006).

A aplicação desses métodos deverá ser coerente com o tipo de empresa, com as características de suas atividades, com as suas necessidades gerenciais e com o custo-benefício resultante do sistema adotado. (CREPALDI, 2009).

Borba, Ulhôa e Lisboa (2009 apud PIMENTEL, 2011) afirmam que a metodologia do custeio a ser implantada vai depender da decisão da instituição em definir qual é o objetivo esperado, pois um sistema de custos pode gerar diferentes informações dependendo da metodologia utilizada. Para os autores o custeio por absorção é o mais recomendado para formação de preço e o único aceito pelos princípios contábeis; por sua vez o custeio variável é o mais indicado para o desenvolvimento de informações nos processos decisórios, enquanto que o ABC propicia uma visão detalhada dos processos.

Ressalta-se que, independente da metodologia, o sucesso de um sistema depende fundamentalmente da coleta de informações. Com a evolução dos trabalhos e através de treinamento e prática a metodologia pode ser aperfeiçoada. (BORBA, ULHÔA e LISBOA, 2009 apud PIMENTEL, 2011).

Os métodos de custeio são ferramentas importantes para a geração de informações relevantes para a tomada de decisões. Esse fato evidencia a importância de se entender bem os diferentes métodos, pois a utilização destes deve ser compatível com os objetivos e as características das organizações. Em outras palavras, a escolha do método deve ser baseada na necessidade e interesse do gestor, de modo a fornecer informações de custos que respondam às diferentes demandas e propósitos da instituição. (ABBAS; GONÇALVES; LEONCINE, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

É um estudo de caso único com descrição retrospectiva de custo realizada na unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco no período de 2016. Pretendeu-se levantar os custos advindos da terapia hemodialítica, utilizando para pesquisa as informações dos registros de passivos e ativos financeiros do setor, além de pesquisa bibliográfica de bases de dados on line: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de livros especializados nos assuntos. Foram utilizados descritores relacionados ao tema.

3.2 Método de Custeio

Optou-se pelo uso do custeamento variável ou direto, pois através deste método foi possível estudar os custos em função do volume de sessões de hemodiálise realizadas no período determinado.

3.3 Descrição da Unidade de Análise – Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco

A Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco está localizada no setor de Nefrologia que funciona no 5º pavimento do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Possui capacidade para atender doze (12) pacientes na sala de crônicos, podendo excepcionalmente atender treze (13) pacientes, dois (02) na sala de agudos, um (01) na Unidade de Recuperação cirúrgica coronariana - URCC e quatro (04) na Unidade de terapia intensiva – UTI. A unidade dialítica do HC possui um total de 20 máquinas de HD, todas alugadas e atende pacientes ambulatorial e hospitalizados.

Essa unidade possui duas salas (sala de crônicos e sala agudos) destinadas ao tratamento hemodialítico. A sala de agudos se destina a atender os pacientes com hepatites e em isolamento respiratório ou de contato. A sala de crônicos é destinada a atender os pacientes com sorologias negativas, porém, os pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV e os que não possuem sorologia confirmada, também denominados de “indeterminados”, dialisam na sala de crônicos, ficando um Técnico em Enfermagem exclusivo para esse tipo de paciente.

O setor também possui um Reuso que fica localizado dentro da sala de atendimento aos pacientes crônicos, destinado ao reprocessamento (limpeza, desinfecção, verificação da integridade e medição do volume interno dos capilares) e do armazenamento dos dialisadores e das linhas arteriais e venosas utilizados pelos pacientes com sorologia determinada e negativa. Sendo os capilares dos pacientes com sorologia positiva e indeterminada (sem sorologia) desprezados. Esse reprocessamento corrobora com o descrito na RDC nº154 de 2004 da ANVISA.

A Unidade de Hemodiálise funciona 24hs por dia e oferece três turnos de HD, nos quais, os pacientes comparecem habitualmente, três vezes por semana, durante quatro horas em períodos agendados previamente, sendo padronizadas as segundas, quartas e sextas ou as terças, quintas e sábados. A quantidade de sessões de hemodiálise ofertada mensalmente a cada paciente é de 11 a 14 sessões. Por funcionar 24horas, essa unidade de HD também recebe os pacientes em urgência hemodialítica e o término do terceiro turno ocorre por volta das 21horas, momento em que se realiza a limpeza e desinfecção das máquinas, organizam os materiais necessários a instalação do primeiro turno do dia seguinte, além de instalar os pacientes prescritos para realizar HD na UTI e/ou URCC que não foram dialisados no período diurno.

Essa unidade possui 82 profissionais, dos quais 13 são médicos; 10 Enfermeiros 33 técnicos em enfermagem, 01 Assistente Social, 23 residentes (Médico, Enfermagem e Multiprofissional) e dois maqueiros. Os médicos trabalham em regime de plantão de 6 horas; os enfermeiros e os técnicos em enfermagem e maqueiros, em plantões de 12 horas diurno/noturno, e a assistente social diarista de 8 horas.

Os médicos atuam na assistência e fazem a preceptoría de oito residentes médicos que se revezam entre os setores: 1 - hemodiálise, com enfermária de transplante, enfermária de nefrologia, interconsulta (emergência nefrológica) e 2 - ambulatório de nefrologia. Embora, dois médicos sejam exclusivos da hemodiálise que se revezam entre abertura (início) e fechamento (término) da hemodiálise, para estes computou-se a remuneração integralmente.

Dos 10 enfermeiros existentes no setor, sete trabalham no período diurno, apenas um (01) é RJU e seis (06) são da Ebserh; e dos três no noturno, dois são servidores públicos e um empregado público.

Dos trinta e três técnicos em enfermagem, vinte e um exercem suas atividades laborais no período diurno e doze no período noturno. Dentre esses que trabalham no plantão diurno, oito são servidores públicos e 13, empregados públicos. Dos 12 trabalhadores do período noturno três são empregados públicos e nove são servidores públicos. Os servidores são

regidos pelo regime jurídico único – RJU e pagos pelo Ministério da Educação. Os empregados públicos são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), pagos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH que firmou contrato de adesão com a Universidade Federal de Pernambuco em 2013 e passou a gerir o HC em 2014.

A unidade de hemodiálise obedece ao preconizado na RDC nº 154, de 15 de junho de 2004 da ANVISA, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, no tocante aos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, para os médicos e enfermeiros cabe a responsabilidade de 35 pacientes por turno de HD, sendo mais que adequado na unidade em análise, uma vez que esta não atinge a quantidade total preconizada de pacientes por turno de hemodiálise.

3.4 Coleta e análise dos dados

O HC/UFPE possui um setor de custos que realiza a apuração por meio do método de custeio por absorção, o qual diverge do método de apuração de custo utilizado por este estudo, que é o custeio variável.

Os dados foram coletados através do sistema de informação hospitalar e documentos existentes no setor de custos. Sendo inicialmente coletados no setor de informática do HC por meio de relatórios emitidos pelo sistema de informação institucional denominado sistema integrado de administração hospitalar (MasterTools) para os dados quantitativos das sessões de HD segundo os tipos de sessões listados no Apêndice A e valores monetários repassados pelo SUS correspondentes a cada procedimento no período de janeiro a dezembro de 2016.

Em seguida, realizou-se um levantamento para identificar os investimentos e as despesas da unidade de hemodiálise. Criou-se uma planilha de Excel, onde os dados referentes aos investimentos, custos e despesas foram compilados.

Os investimentos foram compostos por todos os materiais / máquinas / equipamentos de uso permanente (Apêndice B). As despesas, pelos materiais de consumo usados mensalmente para realização dos procedimentos, acrescidos dos salários dos recursos humanos, somados ao rateio das despesas com energia elétrica, mais a manutenção predial e o gasto com telefone, conforme descritos no Anexo C ao H (material de consumo) J ao M (RH), N (manutenção predial) e Anexo O (energia elétrica/telefone). Os nomes dos profissionais foram mantidos em sigilo, sendo representados aleatoriamente por letras do alfabeto.

Para o cálculo da depreciação dos investimentos foi utilizado o modelo linear de depreciação, em que se divide o valor do equipamento por sua vida útil. Como o investimento

é anual, fez-se a depreciação de cada um dos investimentos e dividiu-se pelos doze meses no ano.

A remuneração dos profissionais incluiu, além do salário, a soma das verbas trabalhistas: 13º, adicional de férias, benefícios, e encargos. Desse total, calculou-se uma fração de acordo com o tempo dedicado, exclusivamente, a unidade de hemodiálise. Para a equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem) e maqueiros foram computados os valores integrais dos salários, pois, essas categorias exercem suas atividades laborais, exclusivamente, na unidade de hemodiálise. Esses valores mensais referentes à folha de pagamento dos recursos humanos percebidos no ano de 2016, com as devidas alocações e médias mensais dos salários por categoria, estão evidenciados no Apêndice D.

Com relação aos contratos com serviços de terceiros existentes para unidade de hemodiálise, os valores foram alocados integralmente, com exceção do contrato com a empresa H₂O Engenharia Química e Serviços Ambientais LTDA, rateado entre outros setores, mas, 60% correspondeu a unidade de hemodiálise. As empresas que compõe o item contratos estão elencadas no Anexo P.

Com base na estrutura, no funcionamento e no levantamento dos gastos incorridos no período analisado, foi elaborada uma estrutura de custos representativa da unidade de hemodiálise, sendo estes classificados em custos fixos e variáveis, essenciais para o cálculo do custeio variável. O Quadro 2 sumariza os componentes do custo fixo e variável identificados na unidade hemodialítica e a fonte de informação.

Quadro 2 - Classificação dos custos fixos e variáveis e fonte de coleta dos dados da Unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco. Recife, 2017

CUSTOS FIXOS	
DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS	FONTE DA COLETA DOS DADOS
RECURSOS HUMANOS	ESCALA DE SERVIÇO SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
CONTRATOS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS	SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
INVESTIMENTO / DEPRECIÇÃO – MÓVEIS, MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	NOTAS FISCAIS
CUSTOS VARIÁVEIS	
DISCRIMINAÇÃO DOS CUSTOS	FONTE DA COLETA DOS DADOS
MATERIAL DE CONSUMO GERAL	NOTA DE FORNECIMENTO DO ALMOXARIFADO – HC/UFPE SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
MATERIAL DE EXPEDIENTE	
MATERIAL DE COPA E COZINHA	
MATERIAL QUÍMICO	
MEDICAMENTO	NOTA DE FORNECIMENTO DA FARMÁCIA – HC/UFPE SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	NOTA DE FORNECIMENTO DO ALMOXARIFADO – HC/UFPE SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
MANUTENÇÃO PREDIAL	SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
TELEFONE	SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS
ENERGIA ELÉTRICA	SETOR DE DIVISÃO DE CUSTOS

Fonte: Elaborado pela autora.

Os custos variáveis corresponderam ao somatório dos materiais de consumo usados mensalmente nos procedimentos, acrescidos dos gastos com manutenção predial, energia elétrica e telefone.

Os materiais de consumo foram identificados por meio da Nota de fornecimento do almoxarifado e dos relatórios emitidos pelo setor de divisão de custos. O detalhamento destes materiais encontra-se no Anexo C ao H.

Fazem parte do grupo de material de expediente os custos com papel, caneta, Pincel atômico, dentre outros materiais utilizados no dia a dia da unidade de hemodiálise, detalhados no Anexo C ao H. Os valores desses materiais foram coletados através das notas de fornecimento do almoxarifado – HC/UFPE e da análise de conteúdo do setor de divisão de custos.

Para aferir o gasto de energia elétrica utilizada pela unidade de hemodiálise, onde não existe medidor utilizou-se o percentual de 1% do valor da conta total informado pelo setor de custos do HC de Pernambuco, o qual foi estimado mediante estudo realizado em 2008.

Além da coleta dos elementos de custos, foi também verificado o valor correspondente às receitas oriundas por cada procedimento utilizando-se como referência o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP – SUS). Os valores correspondentes aos procedimentos analisados são os seguintes:

Quadro 3 - Distribuição dos tipos de hemodiálise por código e valor monetário segundo o SIGTAP/SUS, 2017

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
0305010107	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	194,20
0305010093	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	194,20
0305010131	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIIS AGUDOS	265,41
0305010115	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA	265,41
0305010042	HEMODIALISE CONTINUA	265,41

Fonte: SIGTAP/SUS, 2017.

Para os cálculos da Receita Total, Margem de Contribuição e Ponto de Equilíbrio foram utilizadas as seguintes fórmulas:

- Receita Total (RT)= Quantidade de sessões de HD x Valor monetário (Preço) em R\$ da Sessão (Anexo I);
- Margem de Contribuição (MC)= Receita Total (RT) – Custos Variáveis (CV);
- Ponto de Equilíbrio (PEq)= Custos Fixos (CF) / Percentual da diferença de Custos Fixos em relação aos Custos Variáveis (CV).

Os dados coletados foram consolidados em planilhas do Excel elaboradas com base nos conceitos relacionados aos métodos de custeio variável. A análise dos dados deu-se por meio da interpretação dos valores extraídos das planilhas, complementados pelo uso da estatística descritiva e apresentados na forma de quadros, tabelas e gráficos favorecendo sua análise e discussão. Ressalto, que para o cálculo dos dados utilizou-se a média mensal.

3.5 Aspectos Éticos

O presente estudo teve aprovação institucional do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital e aprovação ético-metodológica pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco CEP-UFPE sob CAAE 70950217.7.0000.5208. Por não envolver diretamente seres humanos, não foi necessário utilizar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

No ano de 2016 a unidade de hemodiálise do hospital das clínicas de Pernambuco realizou 9.952 sessões de HD, contabilizando por R\$ 395.436,48 mês de custo total (Tabela 1).

A Tabela 1 evidencia o total dos custos do setor de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da UFPE:

Tabela 1- Custo total da Unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas da UFPE (incluso depreciação dos salários)

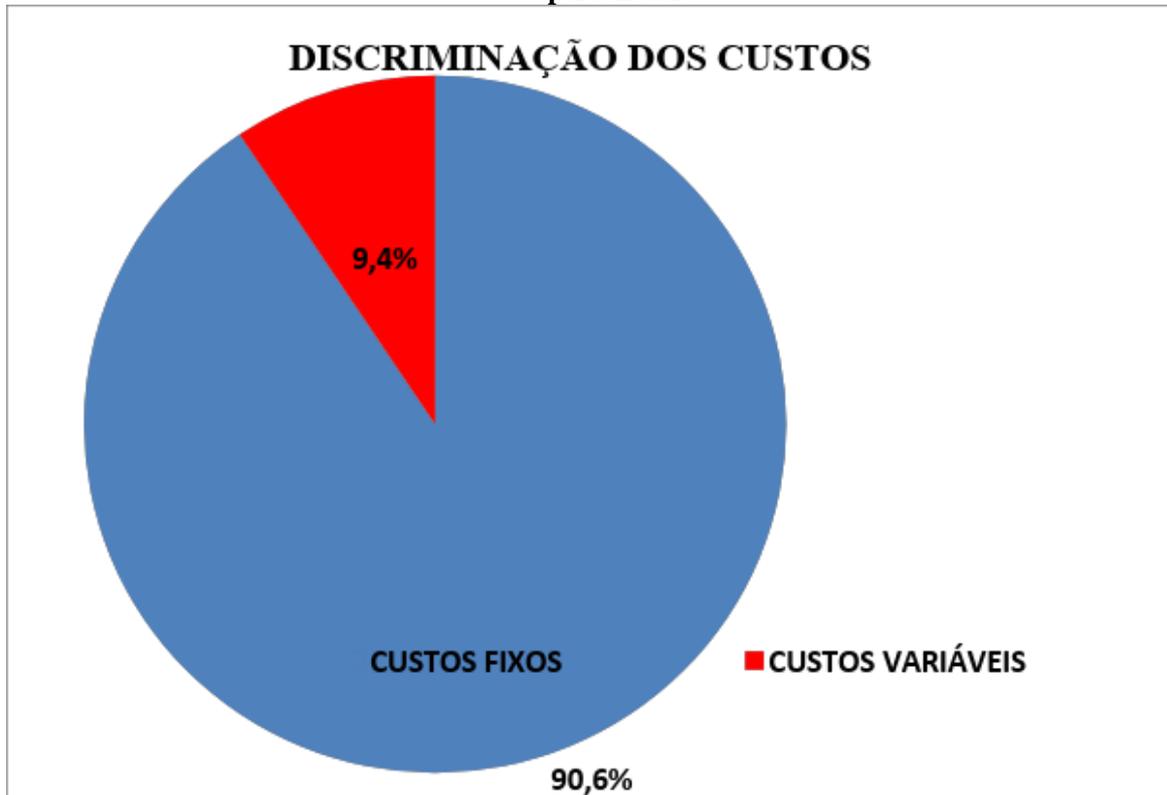
CUSTOS DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE				
ESPECIFICAÇÕES	TIPO DE	QUANT. ANUAL DE	TOTAL ANUAL R\$	MÉDIA MENSAL R\$
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	CV	38638	86.761,60	7.230,14
MEDICAMENTOS	CV	55005	289.794,93	24.149,58
MATERIAL DE EXPEDIENTE	CV	345	752,86	62,74
MATERIAL QUÍMICO	CV	1793	38.922,89	3.243,57
MATERIAL DE COPA E COZINHA	CV	237	548,91	45,74
CONSUMO GERAL	CV	54	33,91	2,82
MANUTENÇÃO PREDIAL	CV	133	1.021,44	85,12
CONTRATOS COM SERVIÇOS DE	CF	4	606.438,72	50.536,56
ENERGIA ELÉTRICA	CV	Rateio 1%	29.187,75	2.432,32
TELEFONE	CV	0	377,7	31,48
RECURSOS HUMANOS	CF	80	3.661.359,76	305.113,34
INVESTIMENTOS DEPRECIADOS	CF		30.036,72	2.503,07
		TOTAL	4.715.166,56	395.436,48

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Nota: CV – custo variável; CF – custo fixo

Os fixos representam 90,6% dos custos totais da unidade de hemodiálise (Gráfico 2). O total desses custos pode ser observado no Apêndice C.

Gráfico 1 - Discriminação dos Custos Fixos e Variáveis da Unidade de Hemodiálise em percentual



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Nota: CT = Custo total

Dentre os custos fixos, a folha de pagamento dos recursos humanos representa o maior valor monetário da unidade de hemodiálise (R\$ 305.113,34). Esse grupo de custos representam 77,16% dos custos totais e 85,19% dos custos fixos (Tabela 2).

Tabela 2- Custos Fixos da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas, Recife, 2017

CUSTOS FIXOS	TOTAL ANUAL R\$	MÉDIA MENSAL R\$	%
INVESTIMENTO/DEPRECIACAO	30.036,72	2.503,07	0,70%
RECURSOS HUMANOS	3.661.359,76	305.113,34	85,19%
CONTRATOS COM TERCEIROS	606.438,72	50.536,56	14,11%
TOTAL	4.297.835,20	358.152,97	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

O valor da depreciação mensal do investimento totalizou R\$ 2.503,07 (ver Apêndice B). No Apêndice C podem ser observados o custo total discriminado.

Os custos com o pagamento dos médicos totalizam R\$ 1.142.762,96, porém, as horas trabalhadas foram divididas para atender dois setores (Hemodiálise e ambulatório) resultando em R\$ 701.887,78 mensal.

Foi aplicada a mesma regra ao salário da assistente social, sendo rateado, pois divide suas atividades laborais entre a hemodiálise e a nefrologia. Passando os salários de R\$ 114.209,06 para R\$ 57.104,53 mensal de acordo com as horas dedicadas a unidade de hemodiálise.

Para os Enfermeiros contabilizou-se a quantia de R\$ 1.834.472,42; para os técnicos em Enfermagem, R\$ 940.309,34 e para os maqueiros, R\$ 58.069,20 mensal.

O valor total de alocação dos salários de todas as categorias correspondeu a R\$ 3.661.359,76 por hora dedicada a HD, totalizando uma média mensal de R\$ 305.113,34 para os gastos com recursos humanos da unidade de HD.

Com contratos de serviços da empresa H₂O Engenharia Química e Serviços Ambientais LTDA pagou-se R\$ 346.600,80 atribuído ao setor de hemodiálise equivalendo a 60% do rateio da água, e média mensal de R\$ 28.883,40.

Dentre os custos variáveis a maior parcela recai sobre os materiais de consumo, que somam 93,17% desses custos. Entretanto, no montante dos custos totais, o material de consumo representa apenas 8,78% (Tabela 3).

Tabela 3 - Custos Variáveis da unidade de hemodiálise do Hospital das Clínicas. Recife, 2017

CUSTO VARIÁVEL		VALOR TOTAL (R\$)	MÉDIA MENSAL R\$	%
MATERIAL DE CONSUMO	MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	86.761,60	7.230,14	19,40%
	MEDICAMENTOS	289.794,93	24.149,58	64,77%
	MATERIAL DE EXPEDIENTE	752,86	62,74	0,17%
	MATERIAL QUÍMICO	38.922,89	3.243,57	8,70%
	MATERIAL DE COPA E COZINHA	548,91	45,74	0,12%
	CONSUMO GERAL	33,91	2,82	0,01%
	MANUTENÇÃO PREDIAL	1.021,44	85,12	0,23%
	ENERGIA ELETRICA	29.187,75	2.432,32	6,52%
	TELEFONE	377,7	31,48	0,08%
TOTAL		447.368,08	37.283,51	100%

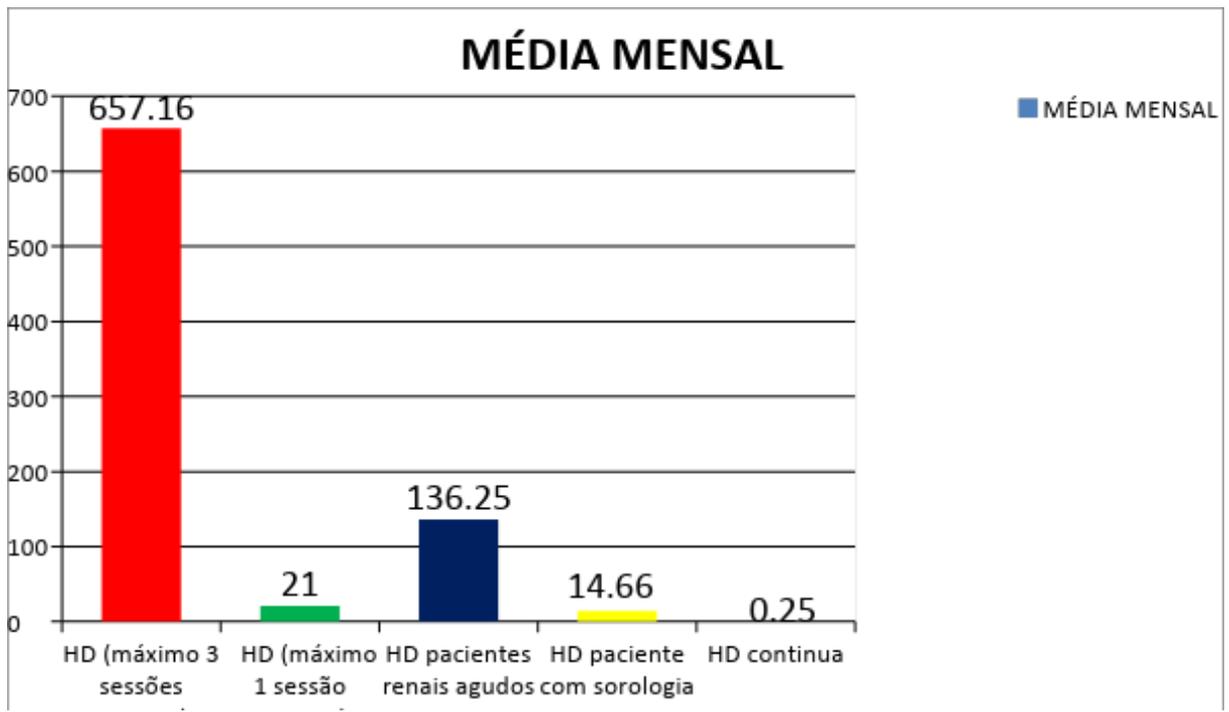
Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Os materiais de consumo mais utilizados na realização da terapia renal substitutiva – hemodiálise são os materiais médico-hospitalar (R\$ 86.761,60/ano) e os medicamentos (289.794,93), esses últimos tem maior representação entre os itens de custo variável (64,77%).

Os custos variáveis corresponderam a 21,7% da receita da instituição, o que mostra que o custo fixo ultrapassa a receita gerando o déficit para instituição.

O centro dialítico realizou em 2016 um total de 9.952 sessões de HD, equivalente a uma média de 829,33 sessões/mês. O tipo de sessão predominante foi Hemodiálise com três sessões por semana, equivalente a 79,2%. Seguida da hemodiálise em pacientes renais agudos (16,4%) e, a terapia hemodialítica contínua, estendida, prolongada ou SLED (*Sustained Low Efficiency Dialysis*) (03 sessões/ano). Para cada tipo de sessão foi obtida uma média mensal, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Média mensal de sessões de hemodiálise, por tipo de sessão em 2016.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

O repasse do SUS por sessão de hemodiálise é fixo, R\$ 194,20 e 265,41 de acordo com o tipo; e, a Receita Total do centro dialítico do HC/UFPE é R\$ 171.821,20 mensal, conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Receita total mensal. Unidade de Hemodiálise do Hospital das Clínicas de Pernambuco em 2016

RECEITA TOTAL					
TIPO DE SESSÃO	QUANT. ANUAL DE SESSÕES	VALOR ANUAL (R\$)	MÉDIA MENSAL DE SESSÃO (A)	VALOR TABELA SUS (B)	RECEITA (C) (C=A x B)
HD Máximo 3 sessões / semana	7.886	1.531.461,2	657,16	194,20	127.621,5
HD Máximo 1 sessão / semana	252	48.938,4	21	194,20	4.078,2
HD em pacientes renais agudos	176	46.712,16	136,25	265,41	36.163,1
HD paciente c sorologia +	1.635	433.945,35	14,66	265,41	3.891,0
HD Contínua	3	796,23	0,25	265,41	67,4
TOTAL	9.952	2.061.853,34	829,33	TOTAL	R\$ 171.821,2

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela 4 apresenta-se o cálculo da margem de contribuição e do ponto de equilíbrio da unidade de hemodiálise. A margem de contribuição foi R\$ 134.537,69 e os custos fixos R\$ 358.152,97, resultando um valor monetário negativo - R\$ 223.615,28, que se traduz em déficit mensal.

A análise do PEq em relação a RT aponta um valor de R\$ 457.352,79, indicando que a instituição teria que aumentar sua receita em 62,43% (100% - 37,57%) para suprir seus custos totais (CF + CV) e alcançar o equilíbrio financeiro para terapia hemodialítica. É possível inferir, que a unidade de hemodiálise opera em níveis inferiores ao ponto de equilíbrio, ou seja, a RT obtida através das sessões de hemodiálise realizadas, com base na tabela SUS, não é suficiente para cobrir o CT. A MC não é suficiente para cobrir os custos e despesas da instituição e o resultado apurado é negativo.

Tabela 4- Margem de Contribuição, Ponto de Equilíbrio e Déficit de receita/mensal. Unidade de Hemodiálise, 2016

	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL R\$
(A)	Receita Total	R\$ 171.821,2
(B)	Total dos custos fixos	R\$ 358.152,97
(C)	Total dos custos variáveis	R\$ 37.283,51
D= (A-C)	MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	R\$ 134.537,69
E = (C/A)	% Custos variáveis em relação à receita total	21,7%
F = (100% - E)	% Diferença de custos fixos em relação aos custos variáveis	78,3%
G = (B/F)	PONTO DE EQUILÍBRIO EM RELAÇÃO À RECEITA	R\$ 457.352,79
H = (A/G)	% de execução da capacidade de equilíbrio	37,57%
I = (D - B)	DÉFICIT DA RECEITA	- R\$ 223.615,28

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta tabela demonstra que a cobertura da receita recebida pelas sessões de hemodiálise no centro dialítico do HC/UFPE em 2016 encontra-se abaixo do valor monetário necessário para cobrir integralmente seus custos e para otimizar a operacionalização do serviço.

Na Tabela 5 evidencia-se a Margem de Contribuição utilizando como Receita Total o valor do PEq. Verifica-se que este valor corresponde exatamente à diferença entre o valor da RT e os custos variáveis, ou seja, o valor necessário para cobrir os custos fixos e manter o equilíbrio financeiro. Observa-se que há um aumento dos custos variáveis para R\$ 99.199,82, já que os custos se modificam conforme variação da receita.

Tabela 5- Evidenciação da Margem de Contribuição dado Ponto de Equilíbrio encontrado (Receita ideal)

	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL R\$
(A)	Receita Total	R\$ 457.352,79
(B)	Total dos custos fixos (78,31%)	R\$ 358.152,97
(C)	Total dos custos variáveis (21,69%)	R\$ 99.199,82
D= (A - C)	MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO	R\$ 358.152,97

Fonte: Elaborado pela autora.

5 DISCUSSÃO

Mediante a metodologia do custeio variável foi possível analisar os resultados do serviço ofertado na unidade de hemodiálise, a qual realizou 9.952 sessões de HD em 2016, equivalente a uma média de 829,33 sessões/mês.

Com relação ao total de procedimentos de hemodiálise no HC/UFPE, foi observado que há uma predominância do tipo de hemodiálise três sessões/semana, a qual é convencionalmente utilizada nos centros dialíticos para os pacientes renais crônicos com sorologia negative, semelhante ao encontrado por Menezes (2015), o qual observou que no período entre 2012 e 2017 este tipo de sessão teve um aumento de 24,8% sobre os demais.

Vale ressaltar que nessa unidade dialítica os custos fixos contribuíram significativamente com o déficit da receita, corroborando com o estudo de Cruz (2014), especificamente, com recursos humanos. Isso porque, no Brasil, as normas legais em vigor determinam a presença de profissionais especializados que são responsabilizados pelo atendimento que se faz necessário durante o procedimento hemodialítico. (BRASIL, 2014).

Por ser uma padronização ministerial, os custos fixos também representaram maior percentual tal como Xavier (2016) que encontrou 98,18% de custo fixo e o gasto com a folha de pagamento dos recursos humanos correspondeu a 86,80% dos CT e 88,41% dos CF. Contudo, esse percentual não é constante, Hsiao (2015) também observou que o gasto com recursos humanos foi elevado, mas correspondeu a 65,04% dos CT.

Em contraposição, Souza (2017) encontrou o custo variável maior que o fixo, 79,24% e 79,56% nos trimestres analisados. Ao se investigar a composição dos CV, identificou-se que à exceção dos honorários médicos, os demais profissionais foram lançados na planilha de custos variáveis, como mão de obra auxiliar juntamente com os materiais e medicamentos atingindo 94,74% e 98,36%. Diferentemente dos demais, nos quais a remuneração dos profissionais, independente da categoria, são componentes do custo fixo, porque são previamente fixadas e pagas no mesmo valor todos os meses do ano em apreço.

Nessa perspectiva, cabe aqui discutir o conceito de custo fixo e variável segundo Brasil (2013), Martins (2010), Martins (2003), Falk (2001), Meglorini (2001) e Mowen et al. (2003).

Para Brasil (2013), os custos fixos são aqueles cujo valor não se altera quando se modifica o volume produzido, em determinado período de tempo e em certa capacidade instalada e existe ainda que não haja produção. Meglorini (2001) define custo fixo aquele decorrente da estrutura produtiva instalada da empresa, que independe da quantidade a ser

produzida dentro do limite da capacidade instalada, a exemplo do salário dos trabalhadores. Segundo Falk (2001), custos fixos são aqueles que não estão relacionados com o volume de atendimento e não variam em relação ao número de pacientes atendidos, como a folha de pagamento e a depreciação dos equipamentos, pois ocorrerão independente da prestação do serviço.

Contudo, Martins (2003) afirma que não existe custo ou despesa eternamente fixa, pois os custos fixos podem mudar, mas isso não os torna variáveis; torna-os fixos à uma nova taxa: mais alta ou mais baixa. (MOWEN; HANSEN, 2003).

Não obstante, Martins (2010) informa que Custos Fixos e Variáveis: ...“são classificações que não leva em consideração o produto e sim o relacionamento entre valor total do custo num período e o volume de produção. Fixos são os que num período têm seu montante fixado não em função de oscilações na atividade, e variáveis, os que têm seu valor determinado em função dessa oscilação.” (MARTINS, 2010, p 52).

Segundo Mowen et al. (2003), custo variável é aquele que, no total, varia na proporção direta à mudança em um direcionador de atividade. Brasil (2013) enfatiza que custos variáveis são aqueles cujo valor se altera na mesma proporção das oscilações nos volumes produzidos. Os custos variáveis estão diretamente relacionados com o volume de pacientes, assim, quanto maior o número de pacientes atendidos, maior o total dos custos variáveis. (FALK, 2001).

Na unidade de hemodiálise do HC/UFPE os materiais de consumo representaram a maior parcela de custos variáveis, entretanto, no montante do custo total, não teve representação significativa. Tal como Xavier (2016), cujo material de consumo correspondeu a apenas 1,20% do CT. Em oposição, Azevedo (2016) relatou que o custo desses materiais representou uma proporção significativa, correspondente a 32,27% dos custos totais apurados. Isso porque neste item foram considerados os custos com consumíveis e com manutenção, especificamente, às máquinas de HD e sistemas de tratamento de água para diálise que não ocorreram mensalmente.

A falta de uniformidade na classificação dos tipos de custo quanto a variabilidade, bem como nos itens que os compõem é uma dificuldade nos estudos de avaliação econômica, fazendo com que se torne impossível comparar custos de unidades ou serviços, ainda que tenham a mesma atividade. Talvez o Ministério da Saúde, como órgão normatizador do Brasil, pudesse eleger e padronizar uma relação de itens de custos e sua classificação para permitir, ao menos, comparações nacionais.

O alto custo dos recursos materiais tem causado crescente preocupação aos administradores das organizações de saúde que precisam investir no aprimoramento dos

sistemas de gerenciamento de materiais para propiciar a continuidade da assistência com qualidade adequada a fim de que os profissionais executem suas atividades sem riscos para si e para os pacientes sob seus cuidados (BRASIL, 2010). Martins (2002) enfatiza que para os hospitais se perpetuarem é preciso melhorar a realização dos seus procedimentos médicos e gerenciar suas atividades. O comprometimento das instituições em agilizar os processos, sua qualidade na prestação dos serviços e custos baixos é o que determina a eficiência e excelência de um hospital.

Essa falta de eficiência foi o resultado encontrado na unidade hospitalar aqui analisada que já inicia suas atividades no prejuízo, visto que a receita é insuficiente para cobrir os custos fixos. Para equilibrar receita e despesas seria necessário um aumento da receita por meio da atualização do valor monetário em reais (R\$) praticado pela tabela de procedimentos do SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>), a qual mantém o valor monetário fixado há 10 anos.

Em 2006, Lagioia demonstrou que as receitas oriundas da prestação de serviços via SUS não permitiam, na maioria dos casos, a obtenção de grandes resultados por parte das instituições de saúde que dependem desse recurso. (LAGIOIA, 2006). Em 2008 o SUS atualizou alguns procedimentos, principalmente, da alta complexidade, conforme Portaria (GM/MS) nº 527, de 20 de março de 2008 (<http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2008/03-Mar%E7o/PORTARIA%20N%BA%20527-GM-Minist%E9rio%20da%20Sa%FAde>).

Diante desse deficit, faz-se necessário pensar outras formas de ampliação da receita sem aumento dos custos. Uma das alternativas seria otimizar a capacidade potencial da estrutura (area física, maquinários e pessoal) e calcular o quantitativo de procedimentos baseados na capacidade instalada. Dessa forma verificou-se que seria possível a produção de 1.074 sessões mensais que resultaria num incremento de R\$25.731,00 na receita. Mesmo assim, esse valor não cobre os custos fixo e, conseqüentemente, o equilíbrio financeiro não é atingido, especialmente pela limitação do pessoal.

Portanto, com a receita atual, a unidade de hemodiálise do HC/UFPE opera em níveis inferiores ao Ponto de equilíbrio (receita ideal), pois o repasse do SUS para as sessões de hemodiálise realizadas não é suficiente para cobrir os custos totais, nem a margem de contribuição é suficiente para cobrir os custos e despesas da instituição e o resultado apurado é negativo, gerando um déficit financeiro na operacionalização do serviço. Estes achados corroboram com o estudo realizado por Hsiao (2015), no tocante ao valor insuficiente repassado pelo SUS.

Nota-se também que os valores praticados na tabela do SUS são insuficientes para suprir os custos da unidade de hemodiálise e são expressivamente abaixo do valor monetário. Sendo necessário para cobrir integralmente seus custos e para otimizar a operacionalização do serviço de hemodiálise, um aumento de aproximadamente 2,6 vezes a mais na receita recebida pela referida unidade para o tratamento hemodialítico. Logo, o desembolso repassado pelo SUS para cada sessão de hemodiálise deveria ser de R\$ 538,67, variando entre R\$ 504,92 para hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) e 1 sessão por semana, e R\$ 690,07 para hemodiálise em paciente com sorologia positiva, pacientes renais agudos e hemodiálise contínua.

Por outro lado, como último objetivo desse estudo e com base no déficit financeiro encontrado nessa pesquisa, a instituição teria como alternativa aumentar em 1.471 a quantidade mensal de sessões de HD convencional para assim minimizar esse déficit. No entanto, podemos inferir que para atingir essa quantidade de sessões seria necessária a contratação de oito técnicos em enfermagem que acrescentaria um montante mensal de aproximadamente de R\$ 35.050,36 aos gastos com recursos humanos, gerando um aumento do custo fixo, mas apesar desse acréscimo, haveria uma diminuição do déficit financeiro de R\$ 223.615,28 para R\$ 1.870,74 e a instituição trabalharia com uma porcentagem de execução de capacidade de equilíbrio de 99,5%. Além disso, a unidade ainda teria que computar de forma contínua todas as sessões realizadas na UTI/URCC e trabalhar com sua capacidade máxima em todos os turnos de HD.

A análise dos dados foi tratada cuidadosamente, para que pudesse se transformar em subsídios úteis aos gestores da unidade. Desse modo, procurou-se conduzir esta pesquisa como uma atividade que pudesse ser de utilidade à instituição estudada, a partir da utilização dos dados apurados no processo de tomada de decisão e como instrumento gerencial. Pois, uma vez bem gerenciados os recursos escassos, esses podem ser ofertados de forma mais eficiente.

Não obstante, espera-se que os resultados obtidos estimulem o desenvolvimento de estudos semelhantes em outros centros de hemodiálise, visto que poderá fundamentar a tomada de decisão dos gestores relativa ao tratamento ofertado.

Muitos são os desafios e dificuldades relacionados à gestão hospitalar. A falta de ferramentas específicas para controlar custos, obter resultados e a falta de análise dos investimentos e planejamentos acentuam a ineficiência da gestão financeira das organizações. (SOUZA, 2013).

Como limitação do estudo, cita-se a impossibilidade de identificar o total de sessões extras realizadas e não cobertas pelo SUS no ano de 2016. Supõe-se que estes dados estejam subestimados, pois não há registros das sessões de hemodiálises que foram realizadas em 2016 e não foram pagas pelo SUS, uma vez que este paga apenas por uma sessão extra por semana, e há pacientes que realizam a terapia hemodialítica diariamente (seis sessões semanais).

6 CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu inferir que o controle de custos é importante para qualquer instituição, independente de sua especialidade. Para aquelas que têm como fonte de receita o pagamento por procedimentos pelo SUS, no caso em pauta, sessões de HD no centro dialítico do HC/UFPE, não é suficiente para cobrir os custos totais e geram um resultado negativo.

Ainda que medidas de controle de desperdício não alcance o ponto de equilíbrio, sua implementação tem o intuito de melhorar a eficiência do serviço. Também é importante o monitoramento das atividades por parte da chefia e coordenadores, para que o serviço opere na sua capacidade máxima, evitando a ociosidade que ocorre muitas vezes no terceiro turno de hemodiálise.

A única forma de se atingir o ponto de equilíbrio é o aumento dos valores dos procedimentos da tabela SUS.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K.; GONÇALVES, M. N.; LEONCINE, M. Os métodos de custeio: vantagens, desvantagens e sua aplicabilidade nos diversos tipos de organizações apresentadas pela literatura. **Revista ConTexto**, Porto Alegre, v. 12, n. 22, p. 145-159. 2o semestre 2012.

AZEVEDO, A. F. L. **Análise de custos de um prestador privado de serviços de hemodiálise**. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde) – Universidade do Porto, 2016. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=872889>. Acesso em: 01 abr. 2018.

BARCELOS, K. C. P.; BOAS, A. A. V. Gestão das informações do sistema de custos em um hospital público. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 9., p.1-15, Florianópolis, SC, Brasil, nov. 2005.

BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde**: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 1997.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.44, n.4, p.903-931, jul./ago. 2010.

BRASIL. Congresso. Senado Federal. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/introducao_gestao_custos_saude.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução-RDC nº 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infecoes/pasta9/resolucao_rdc_n154_2004_/regulamento_servicos_dialise.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução-RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 mar 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/32cb310043da93a4969197937783f3a1/rdc0011_13_03_2014.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 8 jul. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Tecnovigilância. **Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: estratégia de vigilância de prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, 2006.

BRUNI, A. L.; FAMÁ, R. **A Contabilidade empresarial com aplicações na HP12C e Excel**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

CAMARGO, M. F. et al. Cost analysis of substitutive renaltherapies in children. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, n.94, p.93-99, 2018.

CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. **Revista ANGRAD**, Salvador, v.6, n. 1, p. 97-118, jan./fev./mar. 2005.

CARDOSO, R. L.; MÁRIO, P. C.; AQUINO, A. C. B. **Contabilidade gerencial: mensuração, monitoramento e incentivos**. São Paulo: Atlas, 2007.

CASTRO, J. D.; MARINHO, M. E. Os custos do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre-1998 e 2002. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.298-306, jan./mar. 2007.

CHERCHIGLIA, M. L. et al. Perfil de pacientes em TRS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.4, p.639-49, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102010000400007>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

CREPALDI, S. A. **Curso básico de contabilidade de custos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

CRUZ, C. F.; CUNHA G. O. D; SOUZA, S. R. P. Custo do tratamento dos pacientes com insuficiência renal crônica em estágio terminal no município de São Paulo, no período de 2008 a 2012. **Science in Health**, v.5, n. 1, p.6-11, jan./abr. 2014.

DALLORA, M. E. L.V. **Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino**. Ribeirão Preto, 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2007.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. **Manual de diálise**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DUBOIS, A.; KULPA, L.; SOUZA, L. E. **Gestão de custos e formação de preços: conceitos, modelos e instrumentos: abordagem do capital de giro e da margem de competitividade**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

FALK, J. A. **Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001.

FERMI, M. R.V. **Diálise para enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GARCIA-GARCIA, G.; HARDEN, P.; CHAPMAN, J. O papel global do transplante renal. **J. Bras. Nefrol.**, v.34, n.1, p.1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n1/a01v34n1.pdf>> . Acesso em: 17 mar. 2018.

GONÇALVES, M. A.; ZAC, J. I.; AMORIM, C. A. Gestão estratégica hospitalar: aplicação de custos na saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 161-179, out./dez. 2009.

HONG, Y. C.; MARQUES, F.; PRADO, L. **Contabilidade e Finanças para não especialistas**. 3. ed. São Paulo: Pearson, 2010.

HSIAO, J.; LIMA, A. F. C. Custo direto da hemodiálise em unidade de terapia intensiva adulto. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 678-686, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1079/41782-165954-1-pb.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

KIRCHNER, R. M. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n. 4, p.415-421, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/analise_estilo_vida_renais_cronicos_hemodialise.pdf> . Acesso em: 04 fev. 2017.

LAGIOIA, U. C. T. **Gestão por processos: o protocolo como ferramenta para a melhoria da qualidade e de redução dos custos nos hospitais universitários**. 2006. 274 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Ciências Administrativas, Programa de Pós- Graduação em Administração- PROPAD, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/478>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

LEONE, G. S. G. **Custos: planejamento, implantação e controle**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

LEONE, G. S. G. **Curso de contabilidade de custos: contém critério de custeio ABC**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LIMA, E. B. **Contabilidade de custos**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://webserver.crcrj.org.br/APOSTILAS/A0084P0449.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

LOUREIDO, F. J. **Gestão estratégica de custos em uma unidade de saúde de alta complexidade**. 2014. Disponível em: <www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/14622285.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

MARAGNO, F. et al. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 1, nov. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/817/808>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, D. dos S. **Custeio hospitalar por atividades**. São Paulo: Atlas, 2002.

- MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MEGLIORINI, E. **Custos**. São Paulo: Makron Books, 2001.
- MELO, P. R. S.; RIOS, E. C. D.; GUTIERREZ, R. M. V. Equipamentos para hemodiálise. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 105-134, set. 2000.
- MENEZES, F. G. de et al. Overview of hemodialysis treatment funded by the Brazilian Unified Health System - An economic perspective. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 367-378, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 24 maio 2017.
- MEHROTRA, R. et al. Similar outcomes with hemodialysis and peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, p. 110-118, 2011.
- MORAES, T. P. D.; PECOITS-FILHO, R. Diálise peritoneal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.1032-1046.
- MORAES, T. P. D. Doença renal crônica e a escolha da terapia de substituição da função renal. In: KIRSZTAJN, G. M. **Discutindo casos clínicos: doenças renais**. São Paulo: Balieiro, 2011. p.187-195.
- MOWEN, M. M.; HANSEN, D. R. **Gestão de custos: contabilidade e controle**. 3. ed. São Paulo: Thomson, 2003.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases. **Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease in the United States**. Bethesda, MD: USRDS, 2013. v. 1. Disponível em: <<http://goo.gl/H56GcC>>. Acesso em: 2 jul. 2016.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney Inter Suppl**, v. 3, n. 1, p. 1-150, jan. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/gZcgU5>>. Acesso em: 2 jul. 2016.
- PECOITS, R. F. S.; RIBEIRO, S. C. (Orgs.). **Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal**. - São Luís: UNASUS/UFMA, 2014.
- PIMENTEL, R. A. **Aplicação dos métodos de custeamento em uma Clínica de Radiologia Odontológica**. Recife, 2011. Monografia (Bacharelado em Administração) - Faculdade de Boa Viagem, Recife, 2011.
- PINZAN, A. F. **Métodos de custeio e seus propósitos de uso: análise por meio do estudo de casos múltiplos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Controladoria: Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/cite.php?id=tde-25072013-145836>><<http://www.teses.usp.br/cite.php?id=tde25072013145836>>. Acesso em: 29 jan. 2017.
- PITELA, A. C. et al. Sistemas Contábeis de Apuração e Controle de Custos: Uma Pesquisa de Campo em Empresas Industriais Paranaenses. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n.181, p.43-59, jan./fev. 2010.
- SÁ, A. L. de; SÁ, A. M. L. de. **Dicionário de contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1995.

SECCO, L. M. D.; CASTILHO, V. Levantamento do custo do procedimento de hemodiálise. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 25 fev. 2017.

SESSO, R. C. C. et al. Censo Brasileiro de Diálise 2009. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n.4, p.380-384, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000400007>>. Acesso em: 31 dez. 2014.

SESSO, R. C. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica. 2012. **J. Bras. Nefrol.** v.36, n. 1, p. 48-53, 2014. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1617>. Acesso em: 19 set. 2014.

SESSO, R. C. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise de 2010. **J. Bras. Nefrol.** v. 33, p.442- 7, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de Diálise – SBN 2012**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise- SBN 2015**. Disponível em: <<http://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SOUZA, A. A. **Gestão financeira e de custos em hospitais**. São Paulo: Atlas, 2013.

SOUZA, B. Q.; SILVA, R. L. S. **Apuração dos custos pelo método de custeio por absorção de um centro de tratamento renal de um hospital filantrópico de minas gerais**. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Vc7V_LNrQ68J:fapam.web797.kinghost.net/admin/monografiasnupe/arquivos/17022017212447Bianca_Queiroz_De_Souza.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=secure>. Acesso em: 5 abr. 2018.

TOMMASI, M. Custeio gerencial-conceituação, considerações e perspectivas. In: SILVA JÚNIOR, J. B. (Org.). **Custos: ferramenta de gestão**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 17-27.

TORRES, U. C. T. L. **Gestão por processos: os protocolos médicos como uma ferramenta para a melhoria da qualidade e do controle dos custos nos hospitais universitários**. Recife, 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

TREGANSIN, K.T.S. **Proposta de uma sistemática de custeio para empresas de serviços de saúde**. Porto Alegre, 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) - Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

Universidade Federal do Maranhão. **UNASUS/UFMA**. Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal/ Roberto Flávio Silva Pecoits; Silvia Carreira Ribeiro (Org.). - São Luís, 2014. 49f.

Universidade Federal do Maranhão. **UNASUS/UFMA**. Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo/Sérgio Antonio Draibe (Org.). - São Luís, 2014 Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo/Sérgio Antonio Draibe (Org.). - São Luís, 2014. 34f.: il.

VICECONTI, P. E. V.; NEVES, S. **Contabilidade de Custos: um enfoque direto e objetivo**. 7.ed. São Paulo: Frase Editora, 2003.

VIEIRA, F. S; BENEVIDES, R. P. de S. E. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n.3, p. 1984-1639, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/viewFile/21860/pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. E. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota Técnica nº 28. Brasília: Ipea, 2016.

VIVEKANAND, J. H. A. et al. Chronic kidney disease: global dimensions and perspectives. **Lancet**, v. 382, p. 260-72, july. 2013. Disponível em: < <http://goo.gl/17vhj8> Global Kidney Disease 3>. Acesso em: 12 ago. 2017.

XAVIER, I. A. de L. N. **Análise de custos da Clínica de Fonoaudiologia Professor Fábio Lessa – um estudo de caso**. [S. l.: S. n.], 2016.

ZANCULA, J. C. **Contabilidade de custo**. 2013. Disponível em: <http://www.portaldecontabilidade.com.br/guia/custos_direitos.htm>. Acesso em: 26 dez. 2016.

APÊNDICE A - QUANTIDADE MENSAL DE SESSÕES DE HD, POR TIPO DE SESSÃO EM 2016

TIPO HD	MESES 2016												QT.TOTAL ANO	MÉDIA MENSAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
HD (máximo 3 sessões semana)	700	696	740	681	705	688	643	640	577	569	599	648	7886	657,16
HD (máximo 1 sessão semana)	8	2	21	19	21	25	25	15	24	28	28	36	252	21
HD pacientes renais agudos	189	88	161	137	109	213	120	189	133	98	88	110	1635	136,25
HD paciente com sorologia +	0	13	13	7	26	20	20	21	17	13	13	13	176	14,66
HD continua	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3	0,25
TOTAL MÊS	897	799	935	844	861	946	808	867	751	708	729	807	9.952	829.33

APÊNDICE B – INVESTIMENTOS / DEPRECIAÇÃO DA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Investimentos na unidade de hemodiálise									
ESPECIFICAÇÕES	Qt	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	Vida útil (Anos)	Investimentos	Tempo de depreciação	Custo de depreciação	Custo Mês	Tipo de Custo
Ar condicionado 30000 BTUs	2	R\$ 3.329,00	R\$ 6.658	3	R\$ 6.658	3anos	R\$ 2.219,33	R\$ 184,95	FIXO
Ar condicionado 9000 BTUs	4	R\$ 1.451,40	R\$ 5.806	3	R\$ 5.806	3anos	R\$ 1.935,20	R\$ 161,27	FIXO
Balança digital	1	R\$ 797,00	R\$ 797,00	1	R\$ 797,00	1ano	R\$ 797,00	R\$ 66,42	FIXO
Bomba peristáltico dosadora	1	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000	5	R\$ 7.000,00	5 anos	R\$ 1.400,00	R\$ 116,67	FIXO
Cama hospitalar	4	R\$ 6.398,00	R\$ 25.592	5	R\$ 5.592,00	5 anos	R\$ 5.118,40	R\$ 426,53	FIXO
Carro de emergência	1	R\$ 4.061,25	R\$4.061,25	5	R\$ 4.061,25	5 anos	R\$ 812,20	R\$ 67,68	FIXO
Caixa frigorífica /armazenar capilares e linhas após reuso	40	R\$ 22,55	R\$ 902	2	R\$ 902,00	2 anos	R\$ 451,00	R\$ 37,58	FIXO
Computador de mesa	2	R\$ 3.980,00	R\$7.960,00	6	R\$ 7.960,00	6 anos	R\$ 1.326,66	R\$ 110,56	FIXO
Desfibrilador	1	R\$ 6.000,34	R\$6.000,34	3	R\$ 6.000,34	3 anos	R\$ 2.000,11	R\$ 166,67	FIXO
Fluxômetro de O2	1	R\$ 56,44	R\$ 56,44	30	R\$ 56,44	30 anos	R\$ 1,88	R\$ 0,16	FIXO
Impressora (multifuncional)	2	R\$ 1.931,86	R\$3.863,72	1	R\$ 3.863,72	1 ano	R\$ 3.863,71	R\$ 321,98	FIXO
Laringoscópio	1	R\$ 221,53	R\$ 221,53	30	R\$ 221,53	30 anos	R\$ 7,38	R\$ 0,62	FIXO
Lavabo	1	R\$ 113,31	R\$ 113,31	15	R\$ 113,31	15 anos	R\$ 7,55	R\$ 0,63	FIXO
Lixeiras(60 litros com pedal plástico)	9	R\$ 130,05	R\$1.170,45	1	R\$ 1.170,45	1 ano	R\$ 1.170,45	R\$ 97,53	FIXO
Máquina Dialítica	20	R\$ 5.980,00	R\$ 71.760	10	R\$71.760,00	10 anos	R\$ 7.176,00	R\$ 598,00	FIXO
Mesa de Mayo	3	R\$ 404,79	R\$ 1.214	5	R\$ 1.214,00	5 anos	R\$ 242,80	R\$ 20,23	FIXO
Mesa p/ PC (madeira)	2	R\$ 322,99	R\$ 646	1	R\$ 646,00	1 ano	R\$ 646,00	R\$ 53,83	FIXO
Pias	3	R\$ 130,00	R\$ 390	5	R\$ 390,00	1 ano	R\$ 78,00	R\$ 6,50	FIXO
Poltronas	10	R\$ 746,00	R\$ 7.460,00	10	R\$ 7.460,00	10 anos	R\$ 746,00	R\$ 62,17	FIXO
Torneiras	4	R\$ 40,00	R\$ 160,00	10	R\$ 160,00	10 anos	R\$ 16,00	R\$ 1,33	FIXO
Ventilador pulmonar manual	1	R\$ 195,85	R\$ 195,85	15	R\$ 195,85	15 anos	R\$ 13,05	R\$ 1,09	FIXO
Vidro para aspiração	1	R\$ 80,00	R\$ 80,00	10	R\$ 80,00	10 anos	R\$ 8,00	R\$ 0,67	FIXO
TOTAL		R\$ 43.392,36	R\$ 151.947,84		R\$152.107,49		R\$ 30.036,72	R\$ 2.503,07	

APÊNDICE C – CUSTOS FIXOS E VARIÁVEIS

Discriminação dos Custos	VALOR TOTAL (R\$)
Fixos	358.152,97
Variáveis	37.283,51
TOTAL	395.436,48

APÊNDICE D – VALORES (R\$) DOS RH, POR CATEGORIA ACRESCIDO DA MÉDIA MENSAL

RECURSOS HUMANOS MEC / EBSE RH 2016			
CATEGORIAS	TOTAL ANUAL	EXCLUSIVO NA HD	MÉDIA MENSAL
TEC ENFERMAGEM	1.834.472,42	1.834.472,42	152.872,71
ENFERMEIROS	940.309,34	940.309,34	78.359,12
MÉDICOS	1.142.762,96	701.887,78	58.490,65
RESIDENTES	69.516,49	69.516,49	5.793,04
ASSISTENTE SOCIAL	114.209,06	57.104,53	4.758,72
MAQUEIRO	58.069,20	58.069,20	4.839,10
TOTAL	4.159.339,47	3.661.359,76	305.113,34

ANEXO A - VALOR PAGO PELO SUS PARA SESSÕES DE HD NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS EM 2016

TIPO DE HD	MESES 2016												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Máx 3 sessões semana	135.940,0	135.163,2	143.708,0	132.250,2	136.911,0	133.609,6	124.870,6	124.288,0	112.053,4	110.499,8	116.325,8	125.841,6	1.531.461,2
Máx. 1 sessão semana	1.553,6	388,4	4.078,2	3.689,8	4.078,2	4.855	4.855	2.913	4.660,8	5.437,6	5.437,6	6.991,2	48.938,4
Renal agudo	50.162,49	23.356,08	42.731,01	36.361,17	28.929,69	56.532,33	31.849,2	50.162,49	35.299,53	26.010,18	23.356,08	29.195,1	433945,35
Sorologia positiva	0	3.450,33	3.450,33	1.857,87	6.900,66	5.308,2	5.308,2	5.573,61	4.511,97	3.450,33	3.450,33	3.450,33	46712,16
HD Contínua	0	0	0	0	0	0	0	530,82	0	0	265,41	0	796,23
Total	187.656,09	162.358,01	193.967,54	174.159,04	176.819,55	200.305,13	166.883,0	183.467,92	156.525,7	145.397,91	148.835,22	165.478,23	2.061.853,34

**ANEXO B - QUANTIDADE MENSAL DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE E REPASSE
POR TIPO DE SESSÃO EM 2016**

QUANTIDADE MENSAL DE SESSÕES DE HD EM 2016				
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	VL UNID.
JANEIRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	700	135940	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA)	8	1553,6	
	TOTAL	708	137493,6	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	2	530,82	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	187	49,631,67	
	TOTAL	189	50162,49	
TOTAL MÊS		897	187656,09	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
FEVEREIRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	696	135163,2	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA)	2	388,4	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	13	3450,33	265,41
	TOTAL	711	139001,93	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	28	7431,48	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	60	15924,6	
TOTAL	88	23356,08		
TOTAL MÊS		799	162358,01	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
MARÇO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	740	143708	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA)	21	4078,2	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA	13	3450,33	265,41
	TOTAL	774	151236,53	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	4	1061,64	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE		1061,64	
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	157	41669,37	
TOTAL	161	42731,01		
TOTAL MÊS		935	193967,54	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
ABRIL	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	681	132250,2	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA)	19	3689,8	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA	7	1857,87	265,41
	TOTAL	707	137797,87	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	115	30522,15	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	22	5839,02	
TOTAL	137	36361,17		
TOTAL MÊS		844	174159,04	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
MAIO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	705	136911	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA)	21	4078,2	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	26	6900,66	265,41

	TOTAL	752	147889,86	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	13	3450,33	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	96	25479,36	
	TOTAL	109	28929,69	
	TOTAL MÊS	861	176819,55	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
JUNHO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	688	133609,6	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	25	4855	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	20	5308,2	265,41
	TOTAL	733	143772,8	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	13	3,450.33	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	200	53,082.00	
	TOTAL	213	56532,33	
	TOTAL MÊS	946	200305,13	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
JULHO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	643	124870,6	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	25	4855	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	20	5308,2	265,41
	TOTAL	688	135033,8	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	15	3981,15	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	105	27868,05	
	TOTAL	120	31849,2	
	TOTAL MÊS	808	166883	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
AGOSTO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	640	124288	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	15	2913	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	21	5573,61	265,41
	HEMODIALISE CONTÍNUA	2	530,82	
	TOTAL	678	133305,43	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	44	11678,04	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	145	38484,45	
	TOTAL	189	50162,49	
	TOTAL MÊS	867	183467,92	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
SETEMBRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	577	112053,4	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	24	4660,8	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	17	4511,97	265,41
	TOTAL	618	121226,17	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	24	6369,84	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAIS AGUDOS	109	28929,69	
	TOTAL	133	35299,53	
	TOTAL MÊS	751	156,525,70	

Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
OUTUBRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	569	110499,8	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	28	5437,6	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA	13	3450,33	265,41
	TOTAL	610	119387,73	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	18	4777,38	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	80	21232,8	
TOTAL	98	26010,18		
	TOTAL MÊS	708	145397,91	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
NOVEMBRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	599	116325,8	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	28	5437,6	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	13	3450,33	265,41
	HEMODIALISE CONTÍNUA	1	265,41	
	TOTAL	641	125479,14	
	INTERNAÇÃO			
	ALTA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	3	796,23	265,41
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	85	22559,85		
TOTAL	88	23356,08		
	TOTAL MÊS	729	148835,22	
Mês	Procedimento	Qt Realizada	VI Financeiro	
DEZEMBRO	AMBULATÓRIO			
	HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA	648	125841,6	194,2
	HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA	36	6991,2	
	HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA PO	13	3450,33	265,41
	TOTAL	697	136283,13	
	INTERNAÇÃO			
	MÉDIA COMPLEXIDADE			
	HEMODIALISE P/ PACIENTES RENAI AGUDOS	110	29195,10	265,41
TOTAL	110	29195,10		
	TOTAL MÊS	807	165478,23	
TOTAL GERAL ANUAL		9952	2.061.853,34	

ANEXO C - MATERIAL DE EXPEDIENTE

MATERIAL DE EXPEDIENTE EM 2016			
DESCRICAO	QUANT.	VALOR UNITARIO R\$	TOTAL R\$
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA AZUL, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	19	0.29	5.51
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA AZUL, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	120	0.34	40.8
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA AZUL, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	20	0.40	8.00
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA PRETA, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	4	0.32	1.28
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA PRETA, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	10	0.3	3.00
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	3	2.29	6.87
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	11	2.43	26.73
COPO DESC.P/AGUA 180ML - 1 CE	27	2.4	64.8
CAIXA ARQUIVO EM PLASTICO, TIPO POLIONDA 36 X 25 X 13 CM - 1 UD	6	2.17	13.02
CORRETIVO LIQUIDO, A BASE DE AGUA, ATOXICO, FR/18ML - 1 UD	4	0.51	2.04
FITA ADESIVA P/ EMPACOTAMENTO, PVC, 50MM X 50 M, COR HAVANA - 1 UD	5	1.75	8.75
FITA ADESIVA P/ EMPACOTAMENTO, PVC, 50MM X 50 M, COR HAVANA - 1 UD	4	1.75	7.0
FITA ADESIVA DE POLIPROPILEO TRANSPARENTE, DIMENSOES 50MM X 50M, MONOFACE - 1 UD	3	2.2	6.60
FITA ADESIVA DE POLIPROPILEO TRANSPARENTE, DIMENSOES 50MM X 50M, MONOFACE - 1 UD	2	2.2	4.40
LAPIS GRAFITE PRETO - 1 UD	20	0.39	7.80
LIVRO PROTOCOLO, CAPA DURA, 230 X 170MM, C/100 FOLHAS NUMERADAS - 1 UD	2	4.31	8.62
LIVRO PROTOCOLO, CAPA DURA, 230 X 170MM, C/100 FOLHAS NUMERADAS - 1 UD	2	4.31	8.62
LIVRO ATA, CAPA DURA NA COR PRETA, 297 X 210 MM, C/200 FOLHAS NUMERADAS - 1 UD	2	11.69	23.38
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	10.7	21.4
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	10.7	21.40
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	10.86	21.72
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	6	10.75	64.5
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	10.84	21.68
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	1	10.84	10.84
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	14.07	28.14
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	14.48	28.96
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	14.48	28.96
PASTA ARQUIVO, EM POLIPROPILENO, TIPO AZ, TAM 285 X 345 X 73MM (Lombo Largo), CORES DIVERSAS UNID 1 UD	3	6.86	20.58
PASTA ARQUIVO, EM PAPEL AO Prensado, TIPO AZ, TAM 280 X 350 X 80MM (Lombo Largo), COR PRETA UNID 1 UD	4	6.2	24.80
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	3	10.84	32.52
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	14.07	28.14

PASTA ARQUIVO, EM PAPELÃO PRENSADO, TIPO AZ, TAM 280 X 350 X 80MM (LOMBO LARGO), COR PRETA UNID 1 UD	20	6.25	125
PINCEL ATOMICO PARA QUADRO BRANCO (CANETA HIDROGRAFICA) - PRETA UNID 1 UD	4	1.03	4.12
PINCEL ATOMICO, COR TINTA AZUL UNID 1 UD	2	0.80	1.60
PINCEL ATOMICO, COR TINTA PRETA UNID 1 UD	3	0.79	2.37
PINCEL ATOMICO, COR TINTA PRETA UNID 1 UD	5	0.79	3.95
RECEITUARIO MEDICO BLOC 1 UD	10	2.85	28.5
SISTEMATIZACAO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM - CLINICAS MEDICA E CIRURGICA BLOC 1 UD	3	0.73	2.19
SACO PLASTICO TRANSPARENTE 24 X 34 X 0,08MM (PARA ACONDICIONAR PRODUTOS MEDICO-HOSPITALARES) - 1 CE	1	5.77	5.77
TOTAL ANUAL	345	287.05	752,86
	MEDIA MENSAL		62,74

ANEXO D - MATERIAL DE COPA E COZINHA

MATERIAL COPA E COZINHA EM 2016			
DESCRICAO	QUANT.	UNITARIO	TOTAL
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	3	2.29	6.87
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	3	2.37	7.11
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	19	2.43	46.17
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	6	2.13	12.78
COPO DESCARTAVEL P/AGUA 200ML - 1 CE	3	2.13	6.39
COPO DESC.P/AGUA 180ML - 1 CE	58	2.40	139.2
COPO DESCARTAVEL P/CAFE 50ML - 1 CE	2	.96	1.92
COPO DESCARTAVEL P/CAFE 50ML - 1 CE	2	.96	1.92
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA AZUL, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	70	.34	23.8
CANETA ESFEROGRAFICA, COR TINTA PRETA, MATERIAL PLASTICO, PONTA ESFERA DE TUNGSTENIO, ESCRITA GROSSA - 1 UD	10	.30	3.00
FITA ADESIVA P/ EMPACOTAMENTO, PVC, 50MM X 50 M, COR HAVANA - 1 UD	5	1.75	8.75
FITA ADESIVA P/ EMPACOTAMENTO, PVC, 50MM X 50 M, COR HAVANA - 1 UD	4	1.75	7.0
FITA ADESIVA DE POLIPROPILEO TRANSPARENTE, DIMENSOES 50MM X 50M, MONOFACE - 1 UD	2	2.2	4.4
LAPIS GRAFITE PRETO - 1 UD	20	.39	7.8
LIVRO ATA, CAPA DURA NA COR PRETA, 297 X 210 MM, C/200 FOLHAS NUMERADAS - 1 UD	2	11.69	23.38
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	8	10.75	86
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	6	10.84	65.04
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	2	14.07	28.14
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	4	14.48	57.92
PINCEL ATOMICO, COR TINTA AZUL UNID 1 UD	2	0.80	1.6
PINCEL ATOMICO, COR TINTA PRETA UNID 1 UD	5	.79	3.95
SACO PLASTICO TRANSPARENTE 24 X 34 X 0,08MM (PARA ACONDICIONAR PRODUTOS MEDICO-HOSPITALARES) - 1 CE	1	5.77	5.77
TOTAL ANUAL	237		548.91
	MEDIA MENSAL		45.74

ANEXO E - MATERIAL QUÍMICO

MATERIAL QUÍMICO EM 2016			
DESCRICAÇÃO	QUANT.	UNITARIO	TOTAL
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	70	21.93	1535.1
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	170	21.9	3723.0
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	14	203.65	2851.1
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	41	227.15	9313.15
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	30	25.64	769.2
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	120	26.13	3135.6
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	110	26.47	2911.7
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	32	87.86	2811.52
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	80	2.05	164
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	20	2.04	40.8
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	60	2.04	122.4
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	115	2.03	233.45
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	380	2.04	775.2
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	115	2.03	233.45
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	10	2.06	20.6
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	50	2.08	104
MEIO DE CULTURA CALDO TSB C/ SPS, HEMINA P/ HEMOCULTURA ADULTO - 1 UD	10	4.85	48.5
MEIO DE CULTURA CALDO TSB C/ SPS, HEMINA P/ HEMOCULTURA ADULTO - 1 UD	100	4.86	486
MEIO DE CULTURA, APRESENTAÇÃO LÍQUIDO, CARACTERÍSTICA ADICIONAL AEROBIÓSE P/ AUTOMACAO, COMPONENTES ADICIONAIS C/ INIBIDOR DE ANTIBIÓTICO, APLICAÇÃO P/ HEMOCULTURA ADULTO - 1 UD	166	58.12	9647.92
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	100	.37	37.00
TOTAL ANUAL	1793		38.922,89
	MÉDIA MENSAL		3.243,57

ANEXO F - MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS EM 2016			
DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR UNITARIO R\$	TOTAL
ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG COMP 1 UD	6	.08	.12
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	245	26.13	6401.85
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	225	26.47	5955.75
ACIDO PERACETICO 3,5%, ASSOC. A PEROXIDO DE HIDROGENIO A 26%, GL 5L GL 5 LT	48	87.86	4217.28
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	150	21.9	3285.0
ACIDO PERACETICO, ASSOC. AO PEROXIDO DE HIDROGENIO E ACIDO ACETICO, MIN 2% + 6,3% E MAX. 22%, GL 5L GL 5 LT	31	227.15	7041.15
ADENOSINA 6 MG/2 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	5	7.81	39.05
ADENOSINA 6 MG/2 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	5	8	40.00
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	50	.2	10.00
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	1030	.17	175.1
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	172	.16	27.52
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	8	.15	1.2
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	200	.14	28.00
AGUA DESTILADA INJETAVEL 10 ML AMPL 1 UD	3	.13	0.39
AGUA DESTILADA, ESTERIL, APIROGENICA, SISTEMA FECHADO 500ML FRAS 1 UD	30	1.48	44.4
AGUA DESTILADA, ESTERIL, APIROGENICA, SISTEMA FECHADO 500ML FRAS 1 UD	60	1.54	92.40
AGUA DESTILADA, ESTERIL, APIROGENICA, SISTEMA FECHADO 500ML FRAS 1 UD	30	1.71	51.30
AGUA DESTILADA, ESTERIL, APIROGENICA, SISTEMA FECHADO 500ML FRAS 1 UD	30	1.9	57.00
ALOPURINOL 100 MG COMP 1 UD	1	.06	.06
AMICACINA 500 MG/2 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	19	1.54	29.26
AMICACINA 500 MG/2 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	6	1.72	10.32
AMIODARONA 150 MG/3 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	3	1.89	5.67
AMIODARONA 150 MG/3 ML, SOLUCAO INJETAVEL AMPL 1 UD	1	1.78	1.78
ATENOLOL 50 MG COMP 1 UD	2	.04	.08
ATROPINA 0,25 MG/1 ML, INJETAVEL AMPL 1 UD	3	.26	.78
ATROPINA 0,25 MG/1 ML, INJETAVEL AMPL 1 UD	2	.26	.52
BICARBONATO DE SODIO 8,4%/10 ML, INJETAVEL AMPL 1 UD	10	.69	6.90
BICARBONATO DE SODIO 8,4%/10 ML, INJETAVEL AMPL 1 UD	2	.69	1.38
BICARBONATO DE SODIO 8,4%/10 ML, INJETAVEL AMPL 1 UD	10	.72	7.20
BICARBONATO DE SODIO 8,4%/250 ML, INJETAVEL FRAP 1 FR	2	13.68	27.36
CAPTOPRIL 25MG COMP 1 UD	42	.02	0.84
CEFALOTINA 1G INJ FRAP 1 FR	1	3.5	3.5
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	45	3.99	179.55
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	59	3.98	234.82
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	2	3.21	6.42
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	2	3.15	6.30
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	23	2.61	60.03
CEFAZOLINA 1G INJ FRAP 1 FR	12	2.2	26.4
CIPROFLOXACINA 500MG COMP 1 UD	27	.16	4.32
CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO 200MG/100ML BOL 1 UD	4	2.26	9.04

CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO 200MG/100ML BOL 1 UD	2	2.31	4.62
CLINDAMICINA 300MG CAPS 1 UD	24	1.22	29.28
CLONAZEPAM 0,5MG (B1) COMP 1 UD	1	.07	.07
CLONAZEPAM 0,5MG (B1) COMP 1 UD	2	.07	.14
CLONIDINA 100 MCG COMP 1 UD	130	.15	19.5
CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJ 10ML AMPL 1 UD	30	.2	6.00
CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJ 10ML AMPL 1 UD	30	.2	6.00
CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJ 10ML AMPL 1 UD	400	.19	76.0
CLORETO DE POTASSIO 19,1% INJ 10ML AMPL 1 UD	353	.18	63.54
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	384	1.45	556.8
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	240	1.47	352.8
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	720	1.66	1195.2
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	400	1.71	684.0
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	336	1.76	591.36
CLORETO DE SODIO 0,9% 250ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	240	1.78	427.2
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	3150	1.71	5386.5
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	3090	1.76	5438.4
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	3090	1.92	5932.8
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	1230	1.99	2447.7
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	3480	2.05	7134.0
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	300	2.07	621.00
CLORETO DE SODIO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	150	2.07	310.5
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	64	2.7	172.8
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	480	3.35	1608.0
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	80	3.48	278.4
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	80	3.48	278.4
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	544	3.62	1969.28
CLORETO DE SODIO 0,9% 1000ML SISTEMA FECHADO FRASCO FRAS 1 UD	80	3.68	294.4
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	600	1.15	690
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	1200	1.24	1488.0
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	1200	1.28	1536.0
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	1174	1.35	1584.9
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	640	1.36	870.4
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	1312	1.38	1810.56
CLORETO DE SODIO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO - 1 UD	1200	1.39	1668.00
CLORETO DE SODIO 0,9% SOL INJ 10ML AMPL 1 UD	5	.18	.9
CLORETO DE SODIO 0,9% SOL INJ 10ML AMPL 1 UD	32	.17	5.44
CODEINA 30MG + PARACETAMOL 500MG COMP 1 UD	4	.47	1.88
CODEINA 30MG + PARACETAMOL 500MG COMP 1 UD	1	.45	.45
DAPTOMICINA 500MG INJ FRAP 1 UD	25	231.59	5789.75
DEXAMETASONA 4MG/ML FA 2,5ML FRAS 1 FR	4	.61	2.44
DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP 1 UD	8	.08	.64
DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP 1 UD	12	.09	1.08
DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FR10ML FR 1 FR	2	.93	1.86
DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FR10ML FR 1 FR	2	.93	1.86

DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FR10ML FR 1 FR	15	.77	11.55
DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FR10ML FR 1 FR	1	.71	.71
DIMETICONA GOTAS 75MG/ML FR10ML FR 1 FR	1	.71	.71
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	70	.65	45.5
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	155	.52	80.6
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	40	.48	19.2
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	20	.44	8.8
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	36	.42	15.12
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	112	.39	43.68
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	99	.38	37.62
DIPIRONA 500MG/ML AMP/2ML AMPL 1 UD	97	.37	35.89
DIPIRONA 500 MG/ML, SOL ORAL, 10 ML FR 1 FR	13	.46	5.98
DIPIRONA 500 MG/ML, SOL ORAL, 10 ML FR 1 FR	11	.47	5.17
DIPIRONA 500 MG/ML, SOL ORAL, 10 ML FR 1 FR	1	.49	.49
DIPIRONA 500 MG/ML, SOL ORAL, 10 ML FR 1 FR	1	.51	.51
DIPIRONA SODICA 500MG COMP 1 UD	433	.07	30.31
ENALAPRIL 5MG - 1 UD	2	.06	.12
ENOXAPARINA 40MG/0,4ML SER 1 UD	30	8.72	261.6
ENOXAPARINA 60MG/0,6ML SER 1 UD	6	12.03	72.18
EPINEFRINA 1MG/1ML INJ AMPL 1 UD	10	1.25	12.50
ERTAPENEM SODICO 1G INJ FRAP 1 FR	2	269.46	538.92
ESCOPOLAMINA 10MG + DIPIRONA 250MG COMP 1 UD	3	.27	.81
ESCOPOLAMINA 20MG/1ML INJ AMPL 1 UD	20	.98	19.6
ESCOPOLAMINA 20MG/1ML INJ AMPL 1 UD	11	1.01	11.11
ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA 500MG/ML INJ 5ML AMPL 1 UD	3	1.18	3.54
ESCOPOLAMINA 4MG/ML + DIPIRONA 500MG/ML INJ 5ML AMPL 1 UD	1	1.18	1.18
ESTREPTOQUINASE 1.500.000 INJ FRAP 1 FR	2	890.8	1781.6
FENOTEROL GTS 5MG/ML FR 1 UD	4	2.32	9.28
FENTANILA CITRATO 0,05MG/ML INJ 10ML (A1) FRAP 1 UD	1	1.88	1.88
FILGRASTIMA 300MCG FRAS 1 FR	1	68.02	68.02
FUROSEMIDA 20MG SOL INJ 2ML AMPL 1 UD	2	.46	.92
FUROSEMIDA 20MG SOL INJ 2ML AMPL 1 UD	20	.44	8.80
FUROSEMIDA 40MG COMP 1 UD	8	.05	.40
GENTAMICINA 10MG SOL INJ 1 ML AMPL 1 UD	2	4.5	9.0
GENTAMICINA 80MG SOL INJ 2 ML AMPL 1 UD	30	1.21	36.3
GENTAMICINA 80MG SOL INJ 2 ML AMPL 1 UD	4	.79	3.16
GLICONATO DE CALCIO 10% INJ 10ML AMPL 1 UD	2	1.2	2.40
GLICOSE 50% SOL INJ 10 ML AMPL 1 UD	260	.20	52
GLICOSE 50% SOL INJ 10 ML AMPL 1 UD	418	.22	91.96
GLICOSE 50% SOL INJ 10 ML AMPL 1 UD	5	.20	1.00
GLICOSE 50% SOL INJ 10 ML AMPL 1 UD	13	.20	2.60
GLICOSE 50% SOL INJ 10 ML AMPL 1 UD	1078	.21	226.38
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	50	7.23	361.5
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	630	7.16	4510.8
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	400	7.62	3040.0

HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	140	7.65	1071
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	400	7.67	3068.0
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	1025	7.78	7974.5
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	50	8.83	441.5
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	50	8.92	446.0
HEPARINA SODICA SOL INJ IV 5000UI/ML 5 ML FRAP 1 UD	2	9.04	18.08
HEPARINA SODICA SOL INJ SC 5000UI 0,25ML AMPL 1 UD	50	3.56	178.0
HEPARINA SODICA SOL INJ SC 5000UI 0,25ML AMPL 1 UD	100	3.56	356.0
HEPARINA SODICA SOL INJ SC 5000UI 0,25ML AMPL 1 UD	50	3.55	177.5
HEPARINA SODICA SOL INJ SC 5000UI 0,25ML AMPL 1 UD	50	3.5	175.0
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	8	2.67	21.36
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	5	2.67	13.35
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	5	2.67	13.35
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	28	3.11	87.08
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	1	3.06	3.06
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	2	2.97	5.94
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	2	2.97	5.94
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	11	2.8	30.8
HIDROCORTISONA 100MG LIOF FRAS 1 UD	30	2.66	79.8
HIDROCORTISONA 500MG LIOF FRAP 1 UD	5	4.24	21.2
HIDROCORTISONA 500MG LIOF FRAP 1 UD	2	4.39	8.78
HIDROXIDO DE FERRO, SACARATO 100MG/5ML (SUS) AMPL 5 ML	51	3.59	183.09
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	20	2.05	41.00
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	20	2.04	40.8
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	40	2.04	81.6
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	115	2.03	233.45
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	20	2.03	40.6
HIPOCLORITO DE SODIO SOLUCAO 10 A 15% - 1 LT	10	2.06	20.6
IODETO DE POTASSIO 7,5% SOL IND 30ML FR 1 UD	2	6	12
IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL. P/ INALA 20ML FR 1 UD	2	.93	1.86
IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL. P/ INALA 20ML FR 1 UD	1	.94	.94
ISOSSORBIDA, DINITRATO 10MG COMP 1 UD	1	.13	.13
ISOSSORBIDA, DINITRATO 10MG COMP 1 UD	1	.13	.13
LACTULOSE 667MG/ML SUSP ORAL 120ML FR 1 UD	3	5.87	17.61
LIDOCAINA 2% C/ ADRENALINA 20ML FRAP 1 UD	2	2.81	5.62
LIDOCAINA 2% GEL 30G BIS 1 UD	2	1.58	3.16
LIDOCAINA 2% GEL 30G BIS 1 UD	4	1.51	6.04
LIDOCAINA 2% GEL 30G BIS 1 UD	4	1.32	5.28
LIDOCAINA 2% S/ ADRENALINA INJ 20ML FRAP 1 UD	10	1.31	13.10
LINEZOLIDA 600MG SOL INJ 300 ML BOL 1 UD	2	224.12	448.24
LOSARTANA 50 MG COMP 1 UD	2	.09	.18
LOSARTANA 50 MG COMP 1 UD	2	.09	.18
MANITOL+SORBITOL, 5,4 MG/ML + 27 MG/ML, FR/1000ML FRAS 1 UD	64	16.7	1068.8
MANITOL+SORBITOL, 5,4 MG/ML + 27 MG/ML, FR/1000ML FRAS 1 UD	16	16.7	267.2
MEROPENEM 1G FA/SISTEMA FECHADO FRAP 1 UD	1	17.59	17.59

METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 500MG FA FRAP 1 FR	1	34.39	34.39
METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 500MG FA FRAP 1 FR	2	34.39	68.78
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML AMPL 1 UD	12	.4	4.8
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML AMPL 1 UD	1	.44	.44
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML AMPL 1 UD	7	.39	2.73
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG/2ML AMPL 1 UD	27	.35	9.45
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 4MG/ML GOTAS FR/10ML FR 1 FR	2	.55	1.1
MIDAZOLAM 50MG/10ML (B1) AMPL 1 UD	1	1.84	1.84
MIDAZOLAM 5MG/5ML (B1) AMPL 1 UD	2	1.01	2.02
MORFINA SULFATO 10MG/ML INJETAVEL (A1) AMPL 1 UD	3	1.67	5.01
MORFINA, SULFATO 10MG (A1) COMP 1 UD	3	.31	.93
NEOSTIGMINA 0,5MG/ML INJETAVEL AMPL 1 UD	10	.81	8.1
NIFEDIPINA RETARD 20MG COMP 1 UD	21	.06	12.6
NIMESULIDA 100MG COMP 1 UD	2	.08	.16
NOREPINEFRINA, BITARTARATO 4MG/4ML INJETAVEL AMPL 1 UD	5	4.04	20.2
OLEO MINERAL PURO FR 100ML FR 1 FR	1	1.85	1.85
OMEPRAZOL 20MG CAPS 1 UD	10	.05	.50
OMEPRAZOL 40MG CAPS 1 UD	10	.6	6.0
OMEPRAZOL 40MG CAPS 1 UD	40	.57	22.8
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	5	3.86	19.30
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	10	4	40.0
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	2	4.23	8.46
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	1	4.23	4.23
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	1	4.44	4.44
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	2	4.44	8.88
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	2	4.69	9.38
OMEPRAZOL 40MG INJ FRAP 1 FR	1	4.69	4.69
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 8MG/4ML INJ AMPL 1 UD	44	1.02	44.88
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 8MG/4ML INJ AMPL 1 UD	25	1.01	25.25
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 8MG/4ML INJ AMPL 1 UD	7	.99	6.93
PARACETAMOL 500MG COMP 1 UD	274	.06	16.44
PARACETAMOL 500MG COMP 1 UD	169	.05	8.45
PARACETAMOL SOL. ORAL 100MG/ML FR 10ML GT 1 FR	14	.69	9.66
POLIESTIRENOS SULFONATO CALCIO 900MG/30G ENV 1 UD	2	13.35	26.7
PREDNISONA 20MG COMP 1 UD	2	.13	.26
PREDNISONA 20MG COMP 1 UD	5	.11	.55
PREDNISONA 5MG COMP 1 UD	1	.07	.07
PROMETAZINA CLORIDRATO 50MG/2ML INJ AMPL 1 UD	5	.94	4.7
PROMETAZINA CLORIDRATO 50MG/2ML INJ AMPL 1 UD	2	.94	1.88
PROTAMINA 1.000 UI AMP 5ML AMPL 1 UD	10	3.23	32.3
PROTAMINA 1.000 UI AMP 5ML AMPL 1 UD	6	2.92	17.52
RANITIDINA 50MG/2ML AMPL 1 UD	8	.49	3.92
RANITIDINA 50MG/2ML AMPL 1 UD	3	.48	1.44
RINGER C/LACTATO 500ML SISTEMA FECHADO BOLSA/FRASCO UNID 1 UD	30	1.96	58.8
SEVELAMER, CLORIDRATO 800MG(SUS) COMP 1 CP	1800	1.13	2030.0

SEVELAMER, CLORIDRATO 800MG(SUS) COMP 1 CP	3150	1.14	3591.0
SINVASTATINA 40MG COMP 1 UD	1	.14	.14
SINVASTATINA 40MG COMP 1 UD	1	.14	.14
SOLUCAO ACIDA (CONCENTRADO) P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	2268	9.56	21682.08
SOLUCAO ACIDA (CONCENTRADO) P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	2896	10.24	29655.04
SOLUCAO ACIDA (CONCENTRADO) P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	810	9.89	8010.9
SOLUCAO ACIDA (CONCENTRADO) P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	950	10.48	9956.0
SOLUCAO BASICA P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	2108	11.2	23609.6
SOLUCAO BASICA P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	4040	16.28	65771.2
SOLUCAO BASICA P/ HEMODIALISE, 5 L GAL 1 GL	1272	13.04	16586.88
SULFATO DE MAGNESIO 50% INJ 10ML AMPL 1 UD	5	.43	2.15
SULFATO DE MAGNESIO 50% INJ 10ML AMPL 1 UD	5	.46	2.30
TRAMADOL 100 MG/2 ML, INJETAVEL (A2) AMPL 1 UD	3	.87	2.61
TRAMADOL 100 MG/2 ML, INJETAVEL (A2) AMPL 1 UD	10	.82	8.2
TRAMADOL 100 MG/2 ML, INJETAVEL (A2) AMPL 1 UD	7	.8	5.6
TRAMADOL 100 MG/2 ML, INJETAVEL (A2) AMPL 1 UD	4	.75	3.0
TRAMADOL 50 MG (A2) CAPS 1 UD	1	.13	.13
TRAMADOL 50 MG (A2) CAPS 1 UD	6	.12	.72
TRAMADOL 50 MG (A2) CAPS 1 UD	2	.12	.24
VANCOMICINA 500MG INJ FRAP 1 FR	19	6.88	130.72
VANCOMICINA 500MG INJ FRAP 1 FR	51	5.38	274.38
VANCOMICINA 500MG INJ FRAP 1 FR	10	5.41	54.1
VANCOMICINA 500MG INJ FRAP 1 FR	24	5.27	126.48
VANCOMICINA 500MG INJ FRAP 1 FR	14	4.96	69.44
VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG DG 1 UD	3	.1	.3
VITAMINA C 500 MG (AC ASCORBICO) COMP 1 UD	4	.14	.56
VITAMINA C 500MG/5ML INJ AMPL 1 UD	75	.84	63.0
VITAMINA C 500MG/5ML INJ AMPL 1 UD	34	.59	20.06
TOTAL ANUAL	56035		289.795,61
	MÉDIA MENSAL		24.149,58

ANEXO G - MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR			
DESCRIÇÃO	QUANT	VALOR UNITARIO R\$	TOTAL R\$
ADAPTADOR ESTERIL COM ROSCA P/ CONEXAO EM DISP. OU CATETER INF. VENOSA - 1 UD	600	.17	102.0
ADAPTADOR ESTERIL COM ROSCA P/ CONEXAO EM DISP. OU CATETER INF. VENOSA - 1 UD	650	.51	331.5
AGULHA P/ BIOPSIA RENAL COM GATILHO N* 16G - 1 UD	10	62	620.0
AGULHA DESCARTÁVEL 25 x 0,7mm - 1 UD	2400	R\$ 0,33	792.0
AGULHA DESCARTÁVEL 13 x 4,5 mm - 1 UD	1800	R\$ 0,28	504.0
AGULHA DESCARTÁVEL 40 x 1,2 mm - 1 UD	2400	R\$ 0,28	672.0
AGULHA 16 G X 1,6 mm X 25 mm - 1 UD	2400	R\$ 2,21	5304.0
AGULHA 17 G X 1,6 mm X 25 mm - 1 UD	1440	R\$ 1,10	1584.0
ALGODÃO HIDRÓFILO - 1 UD	48	R\$ 7,10	340.8
AVENTAL MANGA LONGA DESCARTÁVEL - 1 UD	840	R\$ 2,28	1915.2
CATETER DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE 12FR APROXIMADAMENTE 15CM, + KIT C/ GUIA METALICO,FLEBODILATADOR,AGULHA INTRODUTORA,SERINGA,BISTURI+FIXADOR TIPO BORBOLETA COM TRAVA E TAMPA PROTETORA AUTO SELANTE UNID 1 UD	278	81.34	22612.52
CATETER PERMACATH P/HEMODIALISE 12,5 X APROXIMADAMENTE 32CM (IMPLANTAVEL 27CM) - 1 UD	30	440	13200.0
CATETER PERMACATH P/HEMODIALISE 15FX55CM (IMPLANTAVEL 50CM) UNID 1 UD	5	1255	6275.0
CATETER TRIPLO LUMEN ADULTO P/ HEMODIAL.,12FR APROXIMAD.15CM + KIT C/ GUIA METALICO, FLEBODILATADOR, AGUL.INTRODUTORA, SERINGA, BISTURI+FIXADOR BORBOLETA COM TRAVA E TAMPA PROTETORA AUTO SELANTE UNID 1 UD	20	126	2520.0
COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL 7,5 x 7,5 cm - 1 UD	3600	R\$ 0,32	1152.0
COMPRESSA DE GAZE COM CARDAÇO - 1 UD	240	R\$ 4,78	1147.2
COMPRESSA DE GAZE NÃO - ESTÉRIL - 1 UD	60	R\$ 14,49	869.4
DIALISADOR CAPILAR DE ALTO FLUXO - 1 UD	24	78.3	1879.2
DIALISADOR CAPILAR DE AREA 1,8 A 2,2 METROS QUADRADOS DE ALTO FLUXO - USO UNICO - 1 UD	24	69.49	1667.76
DIALISADOR CAPILAR DE AREA 1,8 A 2,2 METROS QUADRADOS DE BAIXO FLUXO UNID 1 UD	31	73	2263.0
EQUIPO DE SAIDA VENOSA 8MM, C/ CONECTOR DE AR C/ FILTRO, PARTE SUPERIOR DO CONECTOR C/ 3 VIAS - 1 UD	10	6.85	68.5
EQUIPO DE SAIDA VENOSA 8MM, C/ CONECTOR DE AR C/ FILTRO, PARTE SUPERIOR DO CONECTOR C/ 3 VIAS - 1 UD	142	6.32	897.44
EQUIPO INF. VENOSA MACROGOTAS, CAMARA FLEXIVEL, INJ. LATERAL E FILTRO AR (USAR COD. 107207) - 1 UD	150	.88	132
EQUIPO P/ENTR.ARTERIAL 8 MM, APRESENTANDO ALMOFADA,INJETOR LATERAL C/ CONEXAO P/ SORO, SHUNT ARTERIAL E CATABOLHA PRE BOMBA - 1 UD	178	7.8	4020.0
ESCOVA DESC.ESTERIL P/DEGERMACAO COM CLOREXIDINA A 2% UNID 1 UD	48	1.05	50.4
ESPARADRAPO 10 cm x 4,5 m - 1 UD	192	R\$ 4,95	950.4
ESPARADRAPO MICROPOROSO 25 mm x 10m - 1 UD	288	R\$ 1,91	550.08

FILTRO PARA PURIFICACAO DE SOLUCAO DE DIALISE COMPOSTO POR MEMBRANA SINTETICA DE FIBRAS DE POLISULFONA - DIASAFE UNID 1 UD	20	201	4020.0
FILTRO PARA PURIFICACAO DE SOLUCAO DE DIALISE COMPOSTO POR MEMBRANA SINTETICA DE FIBRAS DE POLISULFONA - DIASAFE UNID 1 UD	30	201.88	6056.4
LUVA CIRURGICA Nº 7,0 - 1 UD	1440	R\$ 0,86	1238.4
LUVA CIRURGICA Nº 7,5 - 1 UD	1440	R\$ 0,97	1396.8
LUVA CIRURGICA Nº 8,0 - 1 UD	960	R\$ 1,10	1056.0
LUVA PARA PROCEDIMENTO LÁTEX TAM. M - 1 UD (caixa)	240	R\$ 0,32	76.8
MÁSCARA DESCARTÁVEL - 1 UD (pacote)	120	R\$ 0,09	10.8
MEIO DE CULTURA CALDO TSB C/ SPS, HEMINA P/ HEMOCULTURA ADULTO - 1 UD	20	4.86	97.2
SERINGA DESCARTÁVEL 03 ml - 1 UD (caixa)	2400	R\$ 0,12	288.0
SERINGA DESCARTÁVEL 05 ml - 1 UD (caixa)	2400	R\$ 0,12	288.0
SERINGA DESCARTÁVEL 10 ml - 1 UD (caixa)	2400	R\$ 0,23	552.0
SERINGA DESCARTÁVEL 20 ml - 1 UD (caixa)	2400	R\$ 0,31	744.0
SERINGA DE INSULINA COM AGULHA - 1 UD	2400	R\$ 0,17	408.0
TIRA REAGENTE P/ DOSAGEM DE ACUCAR NO SANGUE, APRES. UNIDADE INDIVIDUAL - 1 UD	100	.35	35.0
TIRA REAGENTE P/ DOSAGEM DE ACUCAR NO SANGUE, APRES. UNIDADE INDIVIDUAL - 1 UD	100	.36	36.0
TURBANTE DESCARTÁVEL - 1 UD	960	R\$ 0,18	173.8
TUBO (TAMPA AMARELA) P/ COLETA DE SANGUE A VACUO 13X75 C/ GEL SEP. ATIV. DE COAG 3,5 A 5,0 ML - 1 UD	100	.81	81.0
TUBO (TAMPA AMARELA) P/ COLETA DE SANGUE A VACUO 13X75 C/ GEL SEP. ATIV. DE COAG 3,5 A 5,0 ML - 1 UD	100	.74	74.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	100	.35	35.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	200	.35	70.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	100	.33	33.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	50	.33	16.5
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	300	.41	123.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	100	.41	41.0
TUBO P/ COL SANGUE A VACUO 13X75MM S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 4 A 5ML (TAMPA VERMELHO C/ PRETO) - 1 UD	950	.45	427.5
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	100	.4	40.0
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	250	.37	92.5
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	200	.36	72
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	500	.4	200

TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, CAP. 4 A 5ML, C/ EDTA (LILAS C/ PRETO) UNID 1 UD	100	.38	38
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, PEDIATRICO C/ CITRATO DE SODIO, CAP. 1,8 A 2ML (AZUL C/ BRANCO) - 1 UD	50	.45	22.50
TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, PEDIATRICO, S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 2ML TUBO P/ COLETA DE SANGUE A VACUO, PEDIATRICO, S/ ANTICOAGULANTE, CAP. 2ML (VERMELHO C/ BRANCO) UNID 1 UD	100	.35	35.0
TOTAL ANUAL	38638	2201,5	86.761,60
		MÉDIA MENSAL	7.230,14

ANEXO H - MATERIAL DE CONSUMO GERAL

MATERIAL DE CONSUMO GERAL			
DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO R\$	TOTAL R\$
COLETOR PLÁSTICO TIPO UNIVERSAL, TRANSPARENTE, COM TAMPAS, CAPACIDADE 80 ML UNID 1 UD	50	0.25	12.50
COPO DESC.P/ÁGUA 180ML - 1 CE	2	2.4	4.80
PAPEL A4, COR BRANCA, RESMA RESM 1 UD	1	10.84	10.84
SACO PLÁSTICO TRANSPARENTE 24 X 34 X 0,08MM (PARA ACONDICIONAR PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES) - 1 CE	1	5.77	5.77
TOTAL ANUAL	54	19,26	33,91
	MÉDIA MENSAL		2,82

ANEXO I – RECURSOS HUMANOS/MÉDICOS

MÉDICOS MEC 2016														
	Jan	fev	mar	Abr	mai	Jun	Jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$	EXCLUSIVO HD R\$
A	8.063,67	6.267,62	6.267,62	6.267,62	6267,62	8.834,19	6.524,18	6.524,18	6.524,18	6549,96	11965,45	8355,12	88.411,41	168.759,15
B	15.187,25	11.680,15	11.680,15	11.680,15	11680,15	16.813,30	11.680,15	11.680,15	11.680,15	17512,19	26479,83	13946,84	171.700,46	85.850,23
C	6.746,05	6.661,05	6.661,05	6.661,05	6661,05	11.626,88	6.661,05	6.661,05	6.661,05	6988,8	13275,56	6988,8	92.253,44	92.253,44
D	10.809,30	10.724,30	10.724,30	10.724,30	10724,30	15.857,45	14.146,40	14.146,40	14.146,40	11288,98	22119,96	11288,98	156.701,07	78.350,54
E	15.178,89	15.093,89	15.093,89	14.772,89	15093,89	21.930,33	14.772,89	14.772,89	14.772,89	15560,24	30662,48	20594,32	208.299,49	104.149,75
F	12.246,16	12.161,16	12.236,34	12.161,16	12236,34	17.902,01	12.161,16	12.161,16	12.161,16	12571,24	26039,72	13113,7	167.151,31	83.576
G	6.963,49	6.878,49	6.878,49	6.878,49	6878,49	10.088,73	6.878,49	6.878,49	6.878,49	7231,64	14005,28	14730,88	101.169,45	50.584,73
H	11.305,22	11.220,22	15.400,33	17.037,80	15400,33	17.155,83	11.625,15	11.625,15	11.625,15	12238,5	23908,27	12238,5	170.780,45	85.390,23
I	23.168,90	23.083,90	41.938,81	23.083,90	41938,81	23.083,90	23.083,90	23.083,90	23.083,90	24328,37	48198,74	44287,94	362.364,97	181.182,49
J	15.400,43	15.315,43	15.549,53	15.315,43	15549,53	26.807,80	15.315,43	15.315,43	15.315,43	15649,38	31047,92	15752,96	212.334,70	106.167,35
K	10.809,30	17.568,50	10.724,30	10.724,30	10724,30	15.857,45	10.724,30	10.724,30	10.724,30	11288,98	22119,96	11288,98	153.278,97	76.639,49
TOTAL	135.878,66	136.654,71	153.154,81	135.307,09	153154,81	185.957,87	133.573,10	133.573,10	133.573,10	141208,3	269823,2	172587,02	1.884.445,72	1.020.649,59
MÉDICOS EBSERH 2016														
	Jan	fev	mar	Abr	mai	Jun	Jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$	EXCLUSIVO HD R\$
L	9.803,54	9.803,54	9.803,54	9.803,54	7425,31	9.803,54	7.425,31	7.425,31	9.808,16	9808,16	9808,16	10.499,61	111.217,72	55.608,86
M	12.827,97	12.827,97	10.064,60	9.936,38	7425,31	9.936,38	9.936,38	9.936,38	9.936,38	9936,38	9936,38	20.308,52	133.009,03	66.504,52
TOTAL	22.631,51	22.631,51	19.868,14	19.739,92	14850,62	19.739,92	17.361,69	17.361,69	19.744,54	19744,54	19744,54	30.808,13	244.226,75	122.113,38

TOTAL GERAL R\$	1.142.762,96
----------------------------	---------------------

ANEXO J – RECURSOS HUMANOS/ENFERMEIROS

ENFERMEIROS MEC 2016													
	Jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$
A	7.125,07	7.040,07	7.040,07	9.101,88	7040,07	10.132,79	7.040,07	7.040,07	7.040,07	7369,58	13949,55	7369,58	97.288,87
B	7.053,42	6.607,93	6.834,18	6.653,06	6834,18	11.878,30	7.624,89	7.624,89	7.624,89	8840,19	16983,82	8272,11	102.831,86
C	6.239,98	6.968,42	7.675,72	7.494,66	7675,72	10.078,04	6.968,42	6.968,42	6.968,42	7289,21	14242,96	9303,05	97.873,02
TOTAL	20.418,47	20.616,42	21.549,97	23.249,60	21549,97	32.089,13	21.633,38	21.633,38	21.633,38	23498,98	45176,33	24944,74	297.993,75
ENFERMEIROS EBSERH 2016													
	Jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$
D	8.477,16	8.477,16	8.013,84	8.013,84	5744,76	8.013,84	8.013,84	8.013,84	8.013,84	8013,84	8013,84	17.139,64	103.949,44
E	7.848,38	7.848,38	7.505,51	7.888,49	5744,76	7.505,51	8.424,67	8.424,67	7.584,25	7584,25	7584,25	15.683,94	99.627,06
F	9.625,13	9.625,13	9.153,09	7.656,92	5744,76	9.081,17	8.372,12	8.372,12	7.144,35	7144,35	7144,35	18.793,21	107.856,70
G	16.440,18	16.440,18	8.403,48	7.377,29	5744,76	7.456,03	7.839,01	7.839,01	7.377,29	7377,29	7377,29	16.164,27	115.836,08
H	7.376,94	7.376,94	7.377,29	7.377,29	5744,76	8.375,19	8.375,19	8.375,19	7.377,29	7377,29	7377,29	17.000,64	99.511,30
I	7.380,89	7.380,89	7.377,29	7.760,27	5744,76	8.375,19	8.375,19	8.375,19	7.692,33	7692,33	7692,33	16.627,90	100.474,56
J	7.530,22	7.530,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.060,44
TOTAL	64.678,90	64.678,90	47.830,50	46.074,10	34468,57	48.806,93	49.400,02	49.400,02	45.189,35	45189,35	45189,35	101.409,60	642.315,59

TOTAL GERAL R\$	940.309,34
----------------------------	-------------------

ANEXO K – RECURSOS HUMANOS/ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL MEC 2016													
	Jan	Fev	mar	Abr	Mai	Jun	Jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$
A	8.547,80	8.462,80	8.462,80	8.462,80	8.766,98	8.766,98	8.766,98	8.766,98	8.766,98	9223,99	17.989,98	9223,99	114.209,06

ANEXO L – RECURSOS HUMANOS/MAQUEIROS E RESIDENTES

RH VIA SERV (MAQUEIRO)			
	QUANTIDADE	VALOR UNIT.	VALOR R\$
JAN	2	2.419,55	4.839,10
FEV	2	2.419,55	4.839,10
MAR	2	2.419,55	4.839,10
ABR	2	2.419,55	4.839,10
MAI	2	2.419,55	4.839,10
JUN	2	2.419,55	4.839,10
JUL	2	2.419,55	4.839,10
AGO	2	2.419,55	4.839,10
SET	2	2.419,55	4.839,10
OUT	2	2.419,55	4.839,10
NOV	2	2.419,55	4.839,10
DEZ	2	2.419,55	4.839,10
TOTAL			58.069,20

TOTAL DE RESIDENTES MEC			
	R\$	QTDE	TOTAL R\$
JAN	2.976,26	0	0,00
FEV	2.976,26	0	0,00
MAR	3.330,43	3	9.991,29
ABR	2.976,26	1	2.976,26
MAI	2.976,26	6	17.857,56
JUN	2.976,26	3	8.928,78
JUL	2.976,26	0	0,00
AGO	2.976,26	2	5.952,52
SET	2.976,26	2	5.952,52
OUT	2.976,26	1	2.976,26
NOV	2.976,26	1	2.976,26
DEZ	2.976,26	4	11.905,04
TOTAL		23	69.516,49

ANEXO M – RECURSOS HUMANOS/TÉC. EM ENFERMAGEM

TECNICOS EM ENFERMAGEM MEC													
	Jan	Fev	mar	Abr	mai	Jun	Jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$
A	4.134,26	5.836,86	5.010,84	4.179,37	4484,97	6.319,72	4.454,41	4.454,41	4.454,41	4.651,17	8.500,92	4.374,86	60.856,20
B	4.439,03	4.354,03	5.119,07	4.670,83	4575,79	7.844,94	4.354,03	4.354,03	4.354,03	4704,86	8876,02	4704,86	62.351,52
C	3.185,07	3.100,07	3.100,07	3.959,40	3100,07	4.389,06	3.100,07	3.100,07	3.100,07	3236,18	5955,96	3236,18	42.562,27
D	4.592,07	4.355,56	5.149,31	5.289,59	4698,27	6.541,60	4.950,78	4.950,78	4.950,78	5371,53	8997,87	5132,17	64.980,31
E	6.030,95	5.945,95	5.945,95	5.945,95	5945,95	5.945,95	5.945,95	5.945,95	5.945,95	6285,29	12024,15	10623,39	82.531,38
F	4.038,92	3.953,92	4.751,48	4.254,88	4227,52	6.690,68	4.227,52	4.227,52	4.227,52	4416,66	7881,41	4128,66	57.026,69
G	6.084,66	5.999,66	5.999,66	5.999,66	7758,98	8.638,65	5.999,66	5.999,66	5.999,66	6509,39	12263,26	13289,13	90.542,03
H	3.441,99	3.356,99	3.356,99	3.356,99	3520,26	4.792,92	3.454,95	3.454,95	3.454,95	3709,42	7616,64	5038,76	48.555,81
I	8.350,81	4.998,81	5.357,28	5.134,50	5099,38	4.748,18	5.058,38	5.058,38	5.058,38	5021,68	9475,04	7734,47	71.095,29
J	4.304,06	4.473,82	5.763,69	4.668,25	5817,20	7.254,83	4.566,20	4.566,20	4.566,20	4960,17	8831,51	4922,94	64.695,07
K	4.225,01	4.140,01	4.140,01	4.140,01	4132,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.777,24
L	4.805,76	4.720,76	5.713,82	5.107,96	6482,57	7.187,48	4.720,76	4.720,76	4.720,76	5317,23	9779,31	4946,03	68.223,20
M	3.477,76	3.392,76	3.497,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.368,06
N	4.102,70	4.017,70	4.825,80	4.338,90	4280,50	6.095,01	4.309,70	4.309,70	4.309,70	4204,55	8187,18	4204,55	57.185,99
O	3.457,12	3.372,12	3.372,12	3.372,12	3372,12	5.478,08	3.372,12	3.372,12	3.372,12	3506,76	6172,93	4395,48	46.615,21
P	6.143,63	4.787,81	5.364,28	5.010,13	5105,41	7.043,41	5.105,41	5.105,41	5.105,41	5194,4	9116,27	4926,88	68.008,45
Q	4.057,30	3.972,30	4.245,10	4.272,38	4245,10	6.159,98	4.217,82	4.217,82	4.217,82	4434,75	7897,97	4146,75	56.085,09
R	6.547,04	3.826,64	3.826,64	3.826,64	3826,64	3.826,64	3.826,64	3.826,64	3.826,64	3994,69	7331,11	5106,83	53.592,79
S	3.956,31	4.192,31	4.192,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.340,93
total R\$	89.374,45	82.798,08	88.731,96	77.527,56	80672,93	98.957,13	71.664,40	71.664,40	71.664,40	75518,73	138907,55	90.911,94	1.038.393,53

TECNICOS EM ENFERMAGEM EBSERH													
	Jan	Fev	mar	Abr	mai	Jun	jul	ago	set	out	nov	dez	VALOR TOTAL R\$
A	4.785,59	4.785,59	5.093,91	4.633,90	2795,21	4.749,90	4.603,61	4.603,61	4.378,91	4378,91	4378,91	9.116,47	58.304,52
B	7.049,10	7.049,10	4.075,42	4.075,42	2795,21	4.075,43	4.075,43	4.075,43	4.075,43	4075,43	4075,43	8.858,44	58.355,27
C	4.074,62	4.074,62	4.068,92	4.255,27	2795,21	4.068,93	4.068,93	4.068,93	4.087,08	4087,08	4087,08	8.838,77	52.575,44
D	3.920,20	3.920,20	4.758,78	4.337,12	2795,21	4.558,68	4.520,38	4.520,38	8155,66	8155,66	8155,66	9.715,18	67.513,11
E	4.845,49	4.845,49	5.288,94	5.000,73	2795,21	5.319,85	5.319,85	5.319,85	4.378,91	4378,91	4378,91	9.839,35	61.711,49
F	4.167,35	4.167,35	4.197,04	4.197,04	2795,21	4.197,05	4.197,05	4.197,05	8.368,95	8368,95	8368,95	8.620,64	65.842,63
G	4.039,12	4.039,12	4.068,82	4.255,17	2795,21	4.516,06	6.080,90	6.080,90	4.068,83	4068,83	4068,83	8.442,80	56.524,59
H	4.472,61	4.472,61	4.492,68	4.736,00	2795,21	4.549,66	4.926,73	4.926,73	4.430,20	4430,20	4430,20	8.797,29	57.460,12
J	4.093,02	4.093,02	4.130,42	4.316,77	2795,21	4.130,43	4.130,43	4.130,43	4.130,43	4130,43	4130,43	8.674,32	52.885,34
I	4.311,30	4.311,30	4.297,00	4.297,00	2795,21	4.667,66	4.667,66	4.667,66	4.628,93	4628,93	4628,93	10.204,81	58.106,39
J	7.934,00	7.934,00	3.966,04	4.152,39	2795,21	4.451,59	4.451,59	4.451,59	3.966,05	3966,05	3966,05	8.558,97	60.593,53
K	4.506,91	4.506,91	4.537,96	4.357,96	2795,21	4.805,20	4.805,20	4.805,20	4.320,54	4320,54	4320,54	9.261,12	57.343,29
L	0,00	0,00	4.130,42	4.130,42	2795,21	4.130,43	4.168,74	4.168,74	4.130,43	4130,43	4130,43	8.281,82	44.197,07
M	0,00	0,00	0,00	4.830,82	2795,21	4.571,05	4.162,13	4.162,13	4.123,82	4123,82	4123,82	11.773,30	44.666,10
total R\$	58.199,31	58.199,31	57.106,35	61.576,01	39132,99	62.791,92	64.178,63	64.178,63	67.244,17	67244,17	67244,17	128.983,28	796.078,89

TOTAL GERAL

1.834.472,42

ANEXO N – DESPESAS/MANUTENÇÃO PREDIAL

MANUTENÇÃO PREDIAL			
DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	UNITARIO	TOTAL
ASSENTO SANIT.PLASTICO UNID 1 UD	2	10	20
BARRA CHATA ALUMINIO 2" X 1/8" (C/ 6 MTS) BARR 1 UD	1	54.54	54.54
BARRA CHATA ALUMINIO 2" X 1/8" (C/ 6 MTS) BARR 1 UD	2	54.54	109.08
CABO FLEXIVEL DE COBRE, ISOLAMENTO ANTI-CHAMA, 1,5MM2, 450V/750V, ENCORDAMENTO CLASE 4 OU 5 UNID 1 MT	12	.32	3.84
DISJUNTOR MONOPOLAR 16 A, ENCAIXE PERFIL DIN, CURVA C, TENSAO DE TRABALHO 230/400 V, GRAU DE PROTECAO IP 20, CAP DE INTERRUPCAO 6 KA UNID 1 UD	1	4.7	4.7
FITA ISOLANTE C/20 MTS ROLO 1 UD	1	1.83	1.83
LAMPADA 32W/220V. TEMPERATURA 6400. IRC MAIOR QUE 80% UNID 1 UD	8	3.72	29.76
LAMPADA 32W/220V. TEMPERATURA 6400. IRC MAIOR QUE 80% UNID 1 UD	10	3.72	37.2
LAMPADA FLUORESCENTE 32W X 220V UNID 1 UD	10	5.75	57.5
LAMPADA FLUORESCENTE 32W X 220V UNID 1 UD	16	5.75	92
LAMPADA FLUORESCENTE 32W X 220V UNID 1 UD	16	5.75	92
LUVA 20 MM SOLDAVEL PVC UNID 1 UD	1	.43	.43
LUVA 20 MM SOLDAVEL PVC UNID 1 UD	1	.43	.43
MASSA CORRIDA PVA - (LATAO-18KG) LATA 1 LA	1	30.62	30.62
PISO TIPO PAVIFLEX UNID 1 M2	5.05	33.01	166.71
REATOR PARTIDA ELETRONICA 2 X 32W - 1 UD	5	7.19	35.95
REATOR PARTIDA ELETRONICA 2 X 32W - 1 UD	10	7.19	71.9
REATOR PARTIDA ELETRONICA 2 X 32W - 1 UD	6	7.19	43.14
REATOR PARTIDA ELETRONICA 2 X 32W - 1 UD	5	7.19	35.95
REATOR PARTIDA ELETRONICA 2 X 32W - 1 UD	6	7.19	43.14
TAMPA CEGA 4X2 ELETRICA PVC. UNID 1 UD	1	.88	.88
TAMPA CEGA 4X2 ELETRICA PVC. UNID 1 UD	3	.88	2.64
TERMOMETRO P/ GELADEIRA UNID 1 UD	1	40	40
TOMADA 2P+T, 10A, EMBUTIR, 4X2 UNID 1 UD	10	2.80	28.0
TOMADA 2P+T, 20A, EMBUTIR 4X2 UNID 1 UD	2	3.4	6.8
TOMADA, 2P+T, 10A, SISTEMA X UNID 1 UD	2	6.2	12.4
TOTAL ANUAL	133		1.021,44
	MÉDIA MENSAL		85,12

ANEXO O – DESPESAS ENERGIA ELÉTRICA E TELEFONE

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL ANUALR\$	MÉDIA MENSAL R\$
ENÉRGIA ELÉTRICA	2.424,88	2.519,32	2.593,80	2.565,29	2.161,76	2.256,94	2.434,12	2.260,30	2.364,36	2.381,74	2.580,41	2.644,85	29.187,75	2.432,32
TELEFONE	5,05	18,52	40,81	9,37	30,02	30,02	30,61	67,82	51,71	27,39	42,69	23,69	377,7	31,47
												TOTAL R\$	29.565,47	2.463,80

ANEXO P – CONTRATOS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS

CONTRATOS 2016			
FORNECEDORES	OBJETO	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
BAXTER HOSPITALAR LTDA	CONSUMO	21.498,72	1.791,56
FRESENIUS MEDICAL CARE LTDA	SERVIÇO	71.760,00	5.980,00
H2O ENGENHARIA QUÍMICAS E SERVIÇOS AMBIENTAIS LTDA - ME 60%	SERVIÇO	346.600,80	28.883,40
ML WANDERLEY ME	CONSUMO (AGUA POTAVEL)	166.579,20	13.881,60
	TOTAL R\$	606.438,72	50.536,56