

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

ACIDENTE DE TRÂNSITO: SEUS TRANSTORNOS E CUSTOS

ROBERTO ROCHA RECKZIEGEL

Florianópolis - SC, JULHO DE 1999.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

ACIDENTE DE TRÂNSITO: SEUS TRANSTORNOS E CUSTOS

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Departamento de Ciências Contábeis, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Acadêmico: ROBERTO ROCHA RECKZIEGEL

Orientador: Prof. Flávio da Cruz

FLORIANÓPOLIS – SC, JULHO DE 1999.

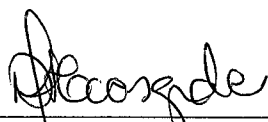
ACIDENTE DE TRÂNSITO: SEUS TRANSTORNOS E CUSTOS

ROBERTO ROCHA RECKZIEGEL

Esta monografia foi apresentada como trabalho de conclusão no Curso de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo a nota média de 8,50 atribuída pela banca constituída pelos professores abaixo nominada:

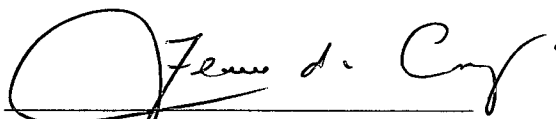
Florianópolis, ...27 de Julho de 1999.

fs18

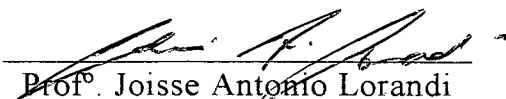


Prof^a. Maria Denise Henrique Casagrande
Coordenadora de Monografia do CCN

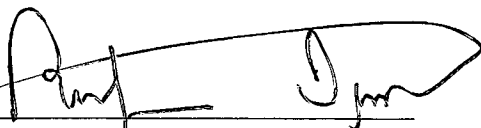
Professores que compuseram a banca:



Prof^o MSc. Flávio da Cruz
Presidente



Prof^o. Joice Antonio Lorandi
Membro



Prof^o. Rubens Diniz
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre me iluminou durante toda esta caminhada, que foi longa, pois começou com o vestibular em 1992.

Sou profundamente grato a minha mãe e meus irmãos, que sempre estiveram ao meu lado, incentivando a concluir o curso e a atingir mais um objetivo em minha vida.

A minha esposa e minha filha que me apoiaram nesta caminhada.

Ao professor Msc. Flávio das Cruz, orientador que ampliou meus horizontes, compartilhando de seu conhecimento e experiência profissional e me incentivando a realizar o mestrado.

A professora Denise, coordenadora de monografia, e aos professores Joisse e Diniz, que juntamente com o professor Flávio da Cruz compuseram a banca de monografia.

Aos meus colegas de curso que enfrentaram comigo as dificuldades da vida acadêmica, nas conquistas e nas derrotas, fazendo com que se estabelecesse um laço de amizade e companheirismo entre nós.

Agradeço também, a todos os professores do Departamento de Ciências Contábeis, e aos professores de outros Departamentos, que contribuíram para a minha formação acadêmica. Cada qual com sua personalidade, mas com objetivos em comum: transmitir o seu conhecimento e um pouco de suas experiências, ajudaram a compor nossa bagagem acadêmica e humanística.

Enfim, sou grato a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu crescimento intelectual.

SUMÁRIO

SIGLAS.....	7
CAPÍTULO I.....	8
1.1 – INTRODUÇÃO.....	8
1.1.1 – Considerações Iniciais.....	8
1.1.2 - Formulação do Problema.....	9
1.1.3 - Objetivos.....	10
1.1.3.1 – Objetivo Geral.....	10
1.1.3.2 - Objetivos Específicos.....	10
1.2 - Metodologia da Pesquisa.....	11
1.2.1 – Metodologia Aplicada.....	11
1.2.2 – Limitações a Pesquisa.....	11
CAPÍTULO II.....	12
2.1 – Revisão Bibliográfica.....	12
2.2 – Acidentes de Trânsito.....	15
2.3 – As Causas dos Acidentes.....	17
2.3 – O Socorro Médico.....	22
CAPÍTULO III.....	24
3.1 – Componentes dos Custos Pré Hospitalares e Hospitalares: suas características, clientela, oscilações e tratamento contábil.....	24
CAPÍTULO IV.....	34
4.1 – Classificação Estrutural na Dinâmica Patrimonial e Aspectos Relevantes da Metodologia de Custeamento.....	34
4.1.1 – Despesas Diretas dos Centros de Custos de Base, Intermediários, Especiais, Inaplicáveis e de Produção.....	35
4.1.1.1 – Pessoal.....	35
4.1.1.2 – Medicamentos e Materiais.....	36
4.1.1.3 - Impostos, Taxas e Contribuições.....	37
4.1.1.4 - Financeiras.....	38
4.1.1.5 - Gerais.....	38
4.1.2 – Centros de Custos de Base.....	40
4.1.3 - Centros de Custos Intermediários.....	42
4.1.4 - Centros de Custos Especiais.....	44
4.1.5 - Centros de Custos Inaplicáveis.....	45

4.1.6 - Centros de Custos de Produção.....	46
4.2 – Metodologia de Rateio	47
4.2.1 – Metodologia de Rateio das Despesas Diretas.....	47
4.2.2 - Base de Distribuição do Rateio.....	49
4.2.3 - Unidades de Bens e Serviços – custo unitário e receita unitária – mapa de custos 2.....	51
4.2.4 - Rateio dos Centros de Custos Intermediários para os Centros de Custos Especiais.....	55
4.2.5 - Unidades de Bens e Serviços – custo unitário e receita unitária – mapa de custos 3.....	56
4.3 – Consolidação dos Custos – mapa de custos 4.....	57
4.3.1 – Lançamentos de Consolidação – mapa de custos 2.....	57
4.3.2 - Lançamentos de Consolidação - mapa de custos 3.....	58
4.3.3 - Distribuições dos Custos – mapa de custos 4	58
4.3.4 - Mapa de Custos Consolidado das Despesas e Receitas.....	59
 CAPÍTULO V.....	 65
5.1 – Simulação do Acidente.....	65
5.2 – O APH – Atendimento Pré-Hospitalar.....	65
5.3 – Os Custos Pré-Hospitalares.....	66
5.4 – Os Custo Hospitalares.....	69
 CAPÍTULO VI.....	 72
6.1 – Considerações finais e comentários.....	72
 REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	 74

ANEXO I – Tabela de gastos em todas as fases do atendimento em emergência –Ministério da Saúde - Brasil 1996

ANEXO II – Acidentes de trânsito – Ministério da Saúde - Brasil 1996

ANEXO III – Mapa de custos 1

ANEXO IV – Mapa de custos 2

ANEXO V – Mapa de custos 3

ANEXO VI – Mapa de custos 4

SIGLAS

APH –	ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR
DNER-	DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTRADAS E RODAGEM
UTI –	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO
SUS –	SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE
INSS –	INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
FGTS –	FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO
CIP –	CONSELHO INTERMINISTERIAL DE PREÇOS
US –	UNIDADE DE SERVIÇO
CSP CODESUL –	CONSELHO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO CONSELHO DE DEFESA DO SUL
CTB –	CÓDIGO DE TRANSITO BRASILEIRO
GEIPOT-	EMPRESA BRASILEIRA DE PLANEJAMENTO EM TRANSPORTE

CAPÍTULO I

1.1 – Introdução

O acidente, que assim chamamos por costume lingüístico, é um evento que lesa a sociedade, com a diminuição da qualidade de vida, perda de rendimentos na ordem de 1 bilhão de dólares. Lesa a economia e o Estado com desperdício de divisas: 2 bilhões de dólares.

Na verdade o que chamamos de acidente, raramente o é. O que na maioria ocorre é um desastre, pois 90% desses “acidentes” ocorrem por falha humana, 5% por falha do projeto e 5% por falha mecânica.

1.1.1 - Considerações iniciais

A tríade transporte, residência e trabalho vêm ressaltar a necessidade de deslocamento das pessoas, pois raramente alguém mora no local de trabalho e/ou dispõe de todos os meios que garantam condições de qualidade de vida e atendimento das necessidades básicas a sua volta.

Para atender a necessidade de locomoção do ser humano, sendo esta, rápida, segura e confortável é necessário aumentar a fluidez do trânsito e racionalmente aplicar e investir em transporte público de massa.

Ao aplicar e investir em transporte público de massa, devemos nos ater a todas as formas de transportes disponíveis, tais como: marítimo, ferroviário, ciclovia, dentre outros e não apenas ao rodoviário, sendo este o grande concentrador no transporte.

O transporte marítimo, bastante utilizado na região amazônica, aproveitando a potencialidade da região e devido a inviabilidade da construção de rodovias, atende, com eficácia e preços baixos, as necessidades de locomoção das pessoas que por lá passam ou residem.

O transporte ferroviário, com exceção do Rio de Janeiro, funciona com eficácia, segurança, rapidez e preços compatíveis. Embora tenha um elevado custo de implantação, sua capacidade de transporte é maior, requer menor custo com manutenção além

de não poluir o meio ambiente, dependendo da energia utilizada para sua movimentação. É o meio mais indicado para o transporte de pessoas a médias distâncias.

As ciclovias podem ser utilizadas como um meio de transporte alternativo, para pequenas distâncias. Sua implantação tem custo reduzido, assim como a sua manutenção, não é poluente e propicia ao cidadão que a utiliza, uma melhor qualidade de vida, pois no mesmo momento em que se locomove, realiza exercícios.

O pensamento em satisfazer a demanda viária é importante, mas, hoje, diante do crescente número de veículos em circulação, pois que em 1975 eram 6.130.585 e em 1994 já eram de 19.525.155, fica impossível atender essa demanda. Além da necessidade de recursos para a construção de novas rodovias, não podemos esquecer a manutenção e o aprimoramento das já existentes.

Os congestionamentos, que provocam o “stress”, aliados a má educação no trânsito, a imperícia e irresponsabilidade de boa parte dos motoristas e as más condições de trafegabilidade de nossas rodovias, quer por sinalização ou conservação, são hoje em dia, a maior causa dos acidentes.

Devido ao crescente número de acidentes de trânsito, no Brasil, o Poder Público interviu, com a reestruturação das leis de trânsito, instituindo o novo Código de Trânsito Brasileiro – CTB, através da Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997.

Com a implantação do CTB, observamos uma considerável redução do número de acidentes, feridos e mortos, dessa forma reduziu-se também os custos com o tratamento dos feridos. Os custos advindos do tratamento de um traumatizado no trânsito, devem ser distintamente separados em pré-hospitalares e hospitalares.

Os custos pré-hospitalares são os relacionados ao resgate, remoção e manutenção do suporte básico da vida fora do ambiente hospitalar, ou seja, no local do sinistro ou durante o deslocamento para o hospital.

Os custos hospitalares são os relacionados com o atendimento e tratamento dentro do ambiente hospitalar.

Sabe-se que além destes custos existem outros, que estão relacionados à recuperação e à readaptação do vitimado à sociedade e ao trabalho.

1.1.2 - Formulação do problema

Num levantamento efetuado pelo Grupo Técnico Operacional de Estatística do Conselho de Segurança Pública do Conselho de Defesa do Sul - CSP CODESUL, constatou-

se que no período de 1990 a 1995, 49 por cento das mortes não naturais no estado de Santa Catarina foi decorrente de acidentes de trânsito.

Identificar e difundir a existência dos elementos formadores dos custos pré-hospitalares e hospitalares é antes de tudo uma necessidade premente no campo da saúde pública.

Sabe-se que dentre os componentes existe uma demanda circunstancial, oriunda dos acidentes de trânsito e/ou acidente de trabalho.

Em ambos os casos são cabíveis esforços para minimizar o volume de ocorrências. A recente mudança na regulamentação do Trânsito – CTB, se constitui num exemplo de amplo domínio do Poder Público.

Contudo, do ponto de vista do controle sobre ocorrências havidas, precisa-se desvendar a estrutura de custos que é mobilizada para solver as tentativas hospitalares de recuperação e/ou até mesmo garantir o suporte básico da vida.

O conhecimento das condições, causas e feitos que geram a necessidade de movimentar elementos de custos e procurar respostas para desvendar:

- montante envolvido;
- qual a classificação atribuível para diferentes espécies tanto no pré-hospitalar, quanto no hospitalar;

1.1.3 – Objetivos

1.1.3.1 – Objetivo Geral

Este trabalho teve como objetivo geral:

- Análise dos transtornos e dos custos quando da ocorrências de um acidente de trânsito; e a composição dos custos no atendimento de uma vítima de acidente de trânsito.

1.1.3.2 – Objetivos Específicos

Este trabalho teve como objetivos específicos:

- Investigação teórica da existência de fontes que discutem assuntos em torno de custos pré-hospitalares e hospitalares no atendimento às vítimas de trânsito;

- Identificação teórica dos componentes dos custos hospitalares e algumas variações julgadas significativas, bem como suas fontes de custeio e o seu enquadramento adequado ao plano de contas das instituições;
- Identificação do enquadramento e posicionamento estrutural das contas envolvidas junto ao sistema contábil das instituições;
- Demonstração, com auxílio do plano de contas, do enquadramento técnico das fontes de custeio e das formas usuais para a classificação contábil deste tipo de gasto.

1.2 - Metodologia da Pesquisa

1.2.1 - Metodologia Aplicada

O presente trabalho consistiu de uma pesquisa bibliográfica. Sendo assim, com intuito de alcançar o objetivo principal, várias etapas foram seguidas.

Inicialmente, fez-se a coleta de informações junto aos órgãos públicos, bibliotecas da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade do Vale do Itajaí, Ministério da Saúde, Instituições Privadas e outras fontes disponíveis na região de Florianópolis.

Para a coleta da bibliografia, fez-se a pesquisa de livros, periódicos e legislações pertinentes ao tema do trabalho, abrangendo a investigação conceitual e casos publicados.

Em seguida fez-se a leitura da referida bibliografia, analisando o material de forma a retirar o que foi julgado importante.

1.2.2 - Limitações a pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa teve como restrições o cronograma estipulado, os objetivos propostos e a disponibilidade bibliográfica existente na cidade de Florianópolis e região.

A limitação decorreu do fato de ser um tema pouco tratado pela literatura contábil; de possíveis entraves do acesso aos dados; das condições de qualidade dos dados e informações obtidas junto a rede hospitalar local e outras instituições.

CAPÍTULO II

2.1 – Revisão bibliográfica

Para atender a necessidade de locomoção do ser humano, sendo esta, rápida, segura e confortável, é necessário aumentar a fluidez do trânsito e racionalmente aplicar e investir no transporte de massa.

Ao aplicar e investir em transporte de público de massa, devemos nos ater a todas as formas de transportes disponíveis, tais como: marítimo, ferroviário, ciclovia, dentre outros e não apenas ao rodoviário, sendo este o grande concentrador no transporte.

Segundo anuário da Empresa Brasileira de Planejamento em Transporte - GEIPOT, houve um aumento de 318 % em nossa frota de veículos, com o

“...crescente número de veículos em circulação que em 1975 eram 6.130.585 e em 1994 já eram de 19.525.155, fica impossível atender essa demanda.”

Ao vislumbrar a necessidade da implantação de formas alternativas de transporte, reporto os congestionamentos existentes na cidade de São Paulo, que atingem 200 quilômetros, reflito sobre a cobrança de pedágio na SC 401 e sobre a cobrança de pedágio urbano, a exemplo de Hong Kong, Singapura, Estocolmo, Oslo e algumas cidades da Noruega.

Os pedágios, assim como o rodízio de placas na cidade de São Paulo são formas do Poder Público intervir na redução de automóveis em circulação e incentivar o transporte coletivo.

Segundo a Revista Isto É (n.º 1333 de 19/04/95),

“ Os custos para o setor privado estão, hoje, no tempo em que se perde no trânsito, com a diminuição da velocidade média e com os congestionamentos. Nos Estados Unidos estima-se que os prejuízos causados pelos engarrafamentos seja de US\$ 40 bilhões anuais. Os especialistas afirmam que o motorista perde, encurralado no trânsito, US\$ 4 por hora.”

Uma das principais dificuldades no sucesso do socorro das vítimas de acidentes de trânsito, é a distância a ser percorrida para se chegar ao local do sinistro e remover a vítima até o hospital.

Para amenizar o problema, FREITAS (1996 p. 1), elaborou,

“... proposta para diminuir a distância percorrida por viaturas de atendimento emergencial da Polícia Rodoviária Federal para atender acidentes. (...)através da análise dos dados, para localizar os pontos críticos onde ocorrem o maior número de acidentes, os dias da semana de maior incidência e os quilômetros com maior percentagem de vítimas. Com esses dados, se determinou os locais de estacionamento. Com levantamento de custos se determinou a cooperação entre dois tipos de veículos (motocicletas e viaturas), afim de montar um sistema que permitisse aumentar a quilometragem total mensal, sem no entanto aumentar os custos.”

Com a implantação do CTB, observamos uma considerável redução do número de acidentes, feridos e mortos, dessa forma reduziu-se também os custos com o tratamento hospitalar. Os custos advindos do tratamento de um traumatizado no trânsito, devem ser distintamente separados em pré-hospitalares e hospitalares.

Os custos pré-hospitalares são os relacionados ao resgate, remoção e manutenção do suporte básico da vida, fora do ambiente hospitalar, ou seja, no local do desastre ou durante o deslocamento para o hospital.

Os custos hospitalares são os relacionados com o atendimento e tratamento dentro do ambiente hospitalar.

Sabe-se que além destes custos existem outros, que estão relacionados à recuperação e readaptação do vitimado à sociedade e ao trabalho, porém, estes serão apenas citados, pois este trabalho visa identificar somente os componentes dos custos envolvidos no atendimento de uma vítima de trânsito até o término de seu atendimento ou internação.

Este trabalho além da preocupação com os custos fará breve referência a outros tipos de grupamentos estruturais contábeis. Nesse sentido cabe destacar alguns conceitos envolvidos:

Segundo Martins (1996 p.26), gastos são:

“ Sacrifício financeiro com que a entidade arca para a obtenção de um produto ou serviço qualquer, sacrifício

esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro).”

E os Custos definidos como:

“ Gasto relativo a bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços. ”

Para Sá (1994 p.31) o ativo é:

“... o conjunto de valores que expressa o investimento, ou as aplicações de capital, indicando também, segundo alguns outros, a parte positiva do patrimônio.”

O passivo, para Sá (1994 p.325) é definido como sendo:

“Parte do balanço que representa as fontes ou proveniências dos valores que se acham espelhados no ativo; segundo alguns modelos de balanço e a teoria personalista, é o conjunto de dívidas ou de obrigações.”

Por receita, Sá (1994 p. 388) entende que seja:

“ A entrada quase sempre monetária correspondente à venda de uma mercadoria, de um produto ou de um serviço econômico ou financeiro; entrada que pode ser antecipada, no ato, ou diferida, e também imediata com relação à própria obtenção da mercadoria, do produto ou do rendimento do serviço. ”

Martins (1996 p. 26), define a despesas como sendo:

“ Bem ou serviço consumidos direta ou indiretamente para a obtenção de receitas. (...) O equipamento usado na fábrica, que fora gasto transformado em investimento e posteriormente considerado parcialmente como custo torna-se na venda do produto feito, uma despesa. A máquina de escrever da secretária do diretor financeiro, que fora transformada em investimento, tem uma parcela reconhecida como despesa (depreciação), sem transitar por custo. As despesas são itens que reduzem o Patrimônio Líquido e que têm essa característica de representar sacrifícios no processo de obtenção de receitas.(...) Logo todas as despesas são ou foram gastos. Porém, alguns gastos muitas vezes não se

transformam em despesas 9 por exemplo, terrenos, que não são depreciados) ou só se transformam quando de sua venda.”

2.2 - Acidentes de trânsito

Entende-se por acidentes as ocorrências havidas com os veículos nas estradas, sejam simples choque de um veículo contra um obstáculo, sejam contra outro ou outros veículos, haja ou não mortos e feridos. As estatísticas compulsadas sobre acidentes rodoviários indicam, então, números referentes a: acidentes, acidentes com vítimas (mortos ou feridos), feridos e mortos.

Todos sabemos que um grande número de pequenos acidentes não é registrado porque não produz conseqüências ou porque as partes entram em acordo imediato. Até acidentes com ferimentos leves estão sujeitos a essa composição.

No Brasil, é muito mais evidente a distorção desse gênero de estatística, não só pela capacidade brasileira de “dar um jeitinho”, como também pela inutilidade prática e complexidade burocrática de se fazer qualquer apelo à autoridade policial. Mais ainda, o policiamento das rodovias brasileiras abrange uma parcela ínfima de sua extensão.

Contar com as companhias de seguros para melhorar essa estatística poderá acrescentar alguns números mas que, em absoluto, completarão a informação. Todos sabem o regime de tratamento a que está submetido um proprietário de veículo acidentado por terceiros, quando recorre ao seguro pago por esse terceiro: é invariavelmente tolhido nos seus direitos, a ponto de desistir do recurso ao seguro em caso de danos materiais pequenos.

Assim, pode-se admitir com segurança que as estatísticas brasileiras de acidentes são muito falhas, sendo razoável, entretanto, crer que sejam um pouco mais corretas quando se refiram a feridos de certa gravidade e mais exatas ainda quando se trate de constatação de mortes. Mesmo assim, sabe-se que o mecanismo de informação de prontos socorros, de farmácias (que muitas vezes devem socorrer os feridos em locais onde não há hospitais) e mesmo de hospitais a respeito de feridos ainda é muito imperfeito.

Por outro lado, quando se trata da estatística de mortos, há critérios variáveis e que causam alguma distorção nas comparações. Com efeito, enquanto no Brasil o número de mortos registrados é o daqueles que falecem no local do acidente ou imediatamente após, na Alemanha os números indicam ainda aqueles que, no decurso de 30 dias, falecem em

conseqüência do acidente. E, nos Estados Unidos, consideram-se os que morreram até um ano após o acidente, em decorrência dele.

Há que se acrescentar, por outro lado, que estudos realizados pela ONU revelaram que 20% dos feridos em acidentes rodoviários vem a falecer nos primeiros dez dias após a ocorrência. No caso brasileiro, esse número deverá ser ainda maior, na medida em que, sabidamente, as estatísticas de acidentes é incompleta, e que os recursos hospitalares disponíveis em vasta regiões do país, bem como os recursos de socorro às vítimas, são muito mais precários que em outros países.

O que se pode concluir, porém, é que o número de acidentes no Brasil é proporcionalmente muito alto e que a gravidade desses acidentes é também elevada. A relação entre mortos e feridos provavelmente será também elevadíssima, o que se explica, em boa parte, pela falta de socorro adequado nas estradas.

As autoridades médicas do DNER e Polícia Rodoviária Federal já constataram que grande parte das mortes e lesões permanentes em conseqüência de acidentes rodoviários decorre de precaríssima assistência ao acidentado, que é muitas vezes conduzido em carroceria de caminhão até o socorro mais próximo ou atendido tardiamente, quando não por curiosos de boa vontade. Já se cogitou até de considerar criminoso o socorro mal prestado, mas a medida é impraticável dada a impossibilidade de se prestar uma melhor assistência em todo o território brasileiro.

As projeção feitas a partir das estatísticas de acidentes no Brasil, são invariavelmente superadas quer pelo aperfeiçoamento do registro estatístico, quer pelo aumento efetivo do número de acidentes.

Para confrontar com propriedade a ocorrência de acidentes em países diversos, é necessário estabelecer denominadores comuns que tornem comparáveis os números. Mesmo o exame de dados referentes a trechos de uma mesma estrada exige o estabelecimento dos chamados “índices de acidentes”. Estes não são mais do que as relações entre o número de acidentes ou de acidentados e os números de veículos existentes ou os percursos anuais por eles executados.

A Polícia Rodoviária Federal utiliza-se de fórmulas tradicionais para esses cálculos, tais como:

$$\text{Índice de Acidentes} = \frac{A \times 1.000.000}{365 \times L \times T}$$

$$\text{Índice de Mortos} = \frac{M \times 100.000.000}{365 \times L \times T}$$

Índice de Vítimas Anuais = $V \times 1.000.000$

$365 \times L \times T$

Estas fórmulas indicam, para um trecho de estradas de extensão (L) e o volume de tráfego (T) naquele trecho (média diária anual), respectivamente os índices de acidentes, de mortos e de vítimas (mortos + feridos), a partir das estatísticas de acidentes (A), de mortos (M) e de vítimas anuais (V).

Segundo Diniz,

“A determinação desses índices é muito útil para a análise comparativa das ocorrências em um mesmo trecho de estrada de período para o período, o que permite avaliar os resultados das correções que se introduzam na estrada ou nas condições de tráfego. Os países que se preocupam com o assunto e investem na solução, têm constatado uma redução progressiva nos seus índices de acidentes e de gravidade de acidentes, não obstante ocorram algumas elevações periódicas que preocupam as autoridades, onde citamos o caso da Alemanha em 1970.

No tocante ao índice de mortes que deve ser o mais fiel à realidade, pelas razões já expostas, a situação brasileira é muito crítica. Isso sem levar em conta os acidentados que falecem após o acidente. Com efeito, o nosso índice é duas vezes o maior índice europeu, que pertence à Áustria, e quase 5 vezes maior que o da Bélgica.

Quanto aos índices de feridos, os comentários são mais ou menos os mesmos, cabendo notar os elevados coeficientes da Bélgica e da Áustria em confronto com os demais assim como os baixos índices da Suécia.

Outro comentário importante acerca do problema é que há verdadeiros “focos de acidentes” nas estradas de maior tráfego no Brasil e que respondem por considerável parcela dos coeficientes de acidentes nacionais. Estes focos e algumas estradas em particular devem constituir o alvo das atenções das autoridades brasileiras. A determinação desses pólos, contudo, demanda o controle rigoroso e sistemático das ocorrências, para que os recursos brasileiros não sejam diluídos por todo o vasto território nacional, mas converjam para os pontos fundamentais onde o problema seja, de fato, relevante.”

2.3 - As causas dos acidentes

De maneira geral, se observa que o surto automobilístico em cada país elevou substancialmente o número de acidentes e inclusive os índices de acidentes, o que é mais

grave, até que medidas governamentais de segurança das estradas e dos veículos foram adotadas. A partir da instituição de uma “ mentalidade de segurança”, os índices começam a baixar.

A despeito dessa realidade histórica dos países desenvolvidos, eles atravessam atualmente uma fase de especiais preocupações com os acidentes de tráfego. Isso se nota nas simples notícias de jornais, referentes às exigências de melhoria da segurança dos veículos, ao controle do alcoolismo e outras medidas de segurança.

Em realidade a constante elevação do número de veículos por habitantes, bem como a introdução de aperfeiçoamentos mecânicos que permitem aos veículos correr cada vez mais, ao lado de outros fatores, tem promovido, por vezes, um crescimento dos próprios índices de acidentes.

As estatísticas demonstram que os maiores responsáveis pelo infeliz aumento de acidentes foram os veículos de passeio. Os ocupantes desses veículos, os condutores de motocicletas e os pedestres são o grupo de maior porcentagem de mortos em acidentes, o que demonstra ainda que a teoria de que o número de acidentes cai com o aumento da densidade de tráfego está errada.

Procurando determinar as causas dos acidentes, as estatísticas brasileiras classificam- nos segundo a culpabilidade, sendo assim classificados:

- Culpa dos motorista;
- Culpa dos veículos;
- Culpa dos pedestres;
- Culpa das estradas;
- Culpa das condições climáticas e intempéries;
- Culpa dos obstáculos e
- Outras.

Quanto as estradas brasileiras, nota-se a alta incidência de acidentes causados pelas condições das estradas, principalmente devido as formas de construção.

Quanto aos veículos, refere-se principalmente à sua má conservação (baixos padrões de manutenção), à idade média (frota velha) e às deficiências de segurança de muitos dos veículos nacionais que, principalmente, pecam pela má qualidade do sistema de frenagem e má aderência ao solo, ante as altas velocidades que desenvolvem.

Quanto ao motorista brasileiro, a falta de uma mentalidade de segurança que só o tempo, a educação e o exemplo dado pelo poder público, ao dotar as estradas de maior

segurança, poderão desenvolver. A inexperiência é outro fator preponderante, pois o número de motoristas inexperientes e recém habilitados supera aqueles bem treinados ou experientes. Isto se agrava na medida em que as próprias repartições habilitadoras estão despreparadas, a ponto de não poder submeter os motoristas amadores a testes psicotécnicos e de ter que delegar os testes de profissionais a instituições particulares, dentre as quais muitas são inidôneas.

Na análise das origens dos acidentes, haverá que distinguir sempre causas primárias de causas secundárias. Assim é que ao atribuir culpabilidade ao motorista, muitas vezes devemos reconhecê-la como uma culpa secundária; por exemplo, se o motorista perder a direção do veículo por ofuscamento causado pelos faróis do veículo que vinha em direção oposta, a causa primária é a própria estrada. Por outro lado, se o motorista, por estar alcoolizado ou por dormir ao volante deixou o seu carro invadir a contra mão de direção e chocou-se com outro veículo, ele é a causa primária do acidente, mas a falta de obstáculo entre as pistas de rolamento de sentidos opostos é uma causa secundária a ser considerada.

Os motoristas, em geral, causam acidentes pelos seguintes motivos principais:

- Inabilidade e imprudência ao conduzir o veículo;
- Excesso de velocidade;
- Desobediência à sinalização;
- Desconhecimento do tempo e do espaço necessário à frenagem em cada velocidade;
- Alcoolismo e
- Estafa ocasional ou patológica.

Devido a condições exteriores, entretanto, os motoristas podem causar acidentes devido a:

- Defeitos de construção ou de manutenção das estradas, tais como erros de sobrelevação, pista escorregadia, buracos e outros fatores;
- Ofuscamento causado por faróis dos veículos em sentido contrário;
- Sinalização inadequada ou inexistente;
- Sinalização agressiva do tipo tartaruga e outros;
- Falta de iluminação na via;
- Estafa causada por ruído excessivo;
- Monotonia e falta de arejamento do veículo;
- Perda de visão por fumaça de outros veículos ou incêndios próximos as estradas;
- Falha mecânica do veículo.

Na medida em que os acidentes ocorrem quase como uma fatalidade, as estradas podem ser dotadas de dispositivos de proteção que reduzam as conseqüências do acidente. No exame das causas de acidentes, não podemos deixar de adotar um dos índices mais elevados de ocorrências; o atropelamento.

O problema, contudo, não é apenas brasileiro, mas de todo o mundo, principalmente devido ao elevado número de crianças vitimadas pelo atropelamento.

Dada a importância do assunto, segundo relatório da Conferência sobre Segurança do Tráfego, realizada em Kioto, em 1970, alguns países adotaram procedimentos visando reduzir estes acidentes:

"Na Alemanha, educar as crianças para o tráfego, realizar exercícios de tráfego, exigir habilitação dos ciclistas, acompanhar as crianças às escolas ou fornecer mapas a elas com traçado do caminho mais seguro, habituar as crianças à sinalização, sinalizando parques e escolas.

Na Polônia, educação das crianças. As crianças educadas em escolas maternais são mais preparadas para o trânsito do que as educadas em casa, criação de patrulhas juvenis, formadas por adolescentes que orientam os menores e os acompanham nas ruas de maior tráfego e habilitação de ciclistas.

No Reino Unido, separar tanto quanto possível o pedestre dos veículos, usar material anti-derrapante nos cruzamentos, proibir terminantemente o estacionamento de veículos próximos às esquinas, obrigar o pedestre a obedecer os sinais de segurança.

Na Holanda, separar pedestres dos veículos, sinalizar para pedestres, proteger locais destinados a crianças, manter guardas escolares, fazer acompanhar as crianças por adultos, criar jardins de tráfego para crianças.

Na Áustria, orientação dos pais, os pais devem orientar as crianças sobre os caminhos mais seguros para a escola e não os mais curtos, manutenção de inspetores alunos, habilitação dos ciclistas e educação.

Nos Estados Unidos (São Francisco), patrulhas escolares, guardas de cruzamentos escolares."

Vemos, por estes dados, que o problema de atropelamentos, é uma constante. Também se nota que os procedimentos adotados para evitar esses acidentes são uniformes e giram em torno da educação, proteção ao menor e habilitação dos ciclistas, para habituá-los também ao respeito à sinalização e às regras do trânsito.

Para complementar, não é possível deixar de se referir alguma coisa acerca do alcoolismo como causa de acidentes.

As medidas que vem sendo adotadas para coibir o abuso de álcool são o exame obrigatório toda vez que o agente policial desconfia de alcoolismo por parte do motorista e punição (multa, apreensão da CNH e prisão) em caso de se positivar a embriaguez (alcoolismo acima dos limites fixados em lei). O exame pode ser um simples teste de bafômetro, exame clínico ou exame de sangue. E nenhum motorista pode se negar a tais exames como não tem direito a nenhuma reclamação, caso o embriaguez não se positive.

Muitas são as formas de prevenir os acidentes rodoviários, pois numerosas e variadas são as suas causas. Na medida em que, segundo as estatísticas, a maior parte dos acidentes decorre de falhas humanas, uma grande parte da recomendação prevencionista há de se dirigir ao homem.

Já foi dito que o acidente rodoviário não é a principal “causa mortis” do homem brasileiro. Isso não impede, porém, que os índices de acidentes rodoviários medidos no Brasil sejam dos maiores do mundo. Cabe então, equacionar o problema de forma a localizar os pontos fundamentais de acidentes, analisar as suas causas e determinar a sua redução ou eliminação. Em alguns lugares, os acidentes não são muitos, mas são graves, quer porque ocorram com caminhões transportando passageiros, quer porque não haja socorro adequado às vítimas. Em outros locais, o acidente é freqüente, repetindo-se seguidamente, às vezes, sem que nenhuma providência corretiva se adote.

Nas vias de grande intensidade de tráfego a nos grandes centros urbanos, o problema aparece bastante ampliado, seja porque, em valor absoluto, o número de acidentes é maior, seja porque a probabilidade de acidentes se eleve devido ao congestionamento, seja ainda porque estas vias se localizem em regiões onde outras causas de mortalidade sejam bem menores, por se tratar de regiões desenvolvidas. Dessa maneira, o acidente causador de óbitos ganha logo manchetes e sobressai assustadoramente.

Para que se possa dar tratamento adequado ao problema, é importante elaborar registros adequados dos acidentes, via por via, trecho por trecho e hora por hora. São comuns as elegações, por parte do próprio pessoal técnico responsável pelas nossas estradas, que o elevado índice de acidentes de uma via decorre, muitas vezes, de repetidos acidentes em um mesmo trecho ou em um mesmo local. Nesse caso, é preciso determinar com segurança esses locais e as causas de acidentes.

O fundamental é que se estabeleçam critérios e formulários de registros uniformes e que, de preferência, se adotem em todo o território nacional, a fim de facilitar a conciliação das estatísticas e sua análise.

A ser exato a grande maioria dos acidentes ocorre em estradas de alta densidade de tráfego e em centros urbanos densamente povoados, deduz-se que a eliminação de ponderável parte dos acidentes brasileiros não será tarefa tão onerosa e nem tão difícil que não possa ser realizada com relativa brevidade. Mas só os registros adequados poderão dar foros de realidade a essa assertiva e auxiliar poderosa à prevenção de acidentes.

2.4 – O Socorro Médico

Importante medida de proteção ao acidentado é o socorro médico, amplamente auxiliado pela presteza da comunicação possibilitada pelos telefones. Já foi dito anteriormente que uma das causas do alto coeficiente de gravidade dos acidentes viários ocorridos no Brasil, notadamente nas estradas que servem regiões menos povoadas, é a deficiência ou mesmo inexistência de socorro médico.

Impressionadas, mesmo, com as graves conseqüências do socorro prestado por leigos aos acidentados, já cogitaram as autoridades federais de proibir tal gênero de assistência. Contudo, a falta de recursos médicos para tal fim tem ocasionado a atenção generosa, mas às vezes imprudente, de terceiros, para com os acidentados.

A solução do problema, evidentemente, está na elaboração de planos de assistência junto às rodovias, seja através de prontos-socorros rodoviários, seja através de unidade hospitalares localizadas próximo das rodovias. A eficiência de tais serviços, de outro lado, dependerá essencialmente do dispositivo de comunicação e transporte de feridos que venha a ser implantado, bem como dos recursos técnicos disponíveis nos postos de socorro. O aparelhamento cirúrgico, o banco de sangue e outros requisitos constituem a preocupação dos que tem planejado postos de socorro em rodovias modernas em outros países.

Após o impacto da implantação do CTB, o Brasil vive, presentemente, uma verdadeira fase de angústia com a elevação do número de acidentes rodoviários e urbanos. O número de veículos novos aumenta a cada dia, a velocidade de circulação cresce pela própria exigência do tráfego e devido ao melhor desempenho dos veículos, e o número de pessoas recém-habilitadas se multiplica incessantemente, e a corrupção nas auto-escolas e nos órgãos emitentes de CNH.

A constatação do número e da gravidade dos acidentes que diariamente ocorrem nas principais estradas saiu das estatísticas oficiais e ganhou manchetes dos jornais, hoje em permanente campanha “contra o acidente”.

Dentre as diversas modalidades de acidentes rodoviários, ganha expressão cada vez maior aquele causado por travessia do canteiro central por outro veículo que vai colidir contra outro em sentido oposto (tipo comum de acidente na BR 282, via expressa, principal acesso à Florianópolis). Esse tipo de ocorrência tem se tornado mais freqüente, quer pela elevação de velocidade de tráfego, quer devido a efeitos de ofuscamentos dos motoristas à noite. Além disso, a gravidade dos acidentes dessa natureza é muito grande, dada a somatória das velocidades dos veículos, pois trafegam em sentidos opostos e acarretam graves conseqüências.

Só agora as autoridades rodoviárias começam a testar elementos de sinalização e proteção desenvolvidos segundo as mais atualizadas normas e mais avançadas técnicas, sem antepor o preço à qualidade. E já verificam, por outro lado, que o equipamento moderno e de qualidade a ser aplicado nas rodovias não custa mais de 7% do valor final da obra, assegurando uma contrapartida de inestimável valor.

Em termos de retorno mesmo, é possível apreciar o que significará um moderno sistema de sinalização e proteção que permita utilizar mais uniforme e freqüentemente as pistas, com maior velocidade. A segurança obtida resultará em real economia, certamente capaz de assegurar um significativo retorno do investimento realizado nesse sistema.

CAPÍTULO III

3.1 - Componentes dos custos pré-hospitalares e hospitalares: suas características, clientela, oscilações e tratamento contábil.

Para que se possa entender o conceito de custo pré-hospitalar e custo hospitalar, faz-se necessário descrever qual o entendimento que se têm a respeito de atendimento pré-hospitalar e de atendimento hospitalar

Quanto ao APH (atendimento pré hospitalar), Oliveira (1996 p.9) esclarece que:

“A experiência universal indica que um grande número de vítimas que falecem em decorrência de traumatismos poderiam ser salvas. Para isso, seria suficiente que os conhecimentos de suporte básico da vida e as técnicas, atualmente disponíveis para o atendimento dessas condições, fossem corretamente aplicadas em seus portadores, desde o local onde ocorreu o acidente, durante o transporte, até a admissão ou internação da vítima nas unidades hospitalares.

As potencialidades de recuperação desses acidentados crescem, em relação à rapidez com que essas emergências são reconhecidas e adequadamente tratadas. Medidas intempestivas podem resultar em óbito ou incapacidade desnecessária.

O ensino de técnicas de APH assume relevada importância num país como o Brasil, onde os índices de mortalidade e seqüelas provocadas por acidentes são elevados e onde a maioria da população é pouco preparada para a prevenção de acidentes e para a prestação de socorro ao nível pré-hospitalar.

Acidentes podem acontecer a todos nós, e se tivermos um atendimento correto e rápido, poderemos salvar uma vida ou, pelo menos, minimizar a dor e problemas de saúde futuros.”

Pode ser definido como socorros de urgência ou primeiros socorros, as medidas iniciais e imediatas aplicadas a uma vítima de trânsito fora do ambiente hospitalar, executadas por pessoa treinada para realizar a manutenção dos sinais vitais do acidentado e evitar o agravamento das lesões já existentes, provocadas pelo trauma inicial.

O suporte básico da vida é uma medida de emergência que consiste no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratórios e/ou cardiovascular, ou seja, avaliar e manter a vítima respirando, com pulso e sem hemorragias.

As potencialidades de recuperação de acidentados, o ensino das técnicas de suporte básico da vida e os cursos de primeiros socorros e socorros de urgência foram atitudes que ajudaram nas alterações comportamentais que favorecem o atendimento pré-hospitalar.

Quando falamos em atendimento, observamos que ele é caracterizado pelo local onde é realizado e não pela qualificação dos profissionais envolvidos, portanto, verificamos que o atendimento pré-hospitalar é o atendimento prestado fora do ambiente hospitalar, pois mesmo que este atendimento seja prestado por uma equipe de médico de um hospital, na rua, em frente ao hospital, em uma UTI móvel ou em qualquer outro local, fora do ambiente hospitalar, este atendimento é pré hospitalar. Portanto todos os custos advindos do deslocamento, material utilizado, mão de obra, dentre outros, que são utilizados nos APH, são os itens que compõem os custos pré-hospitalares.

Quanto ao atendimento hospitalar, verificamos que a palavra “hospital” vem do latim *hospitium*, que significa lugar onde se hospedam pessoas.

Gonçalves (1983 p.19) retrata o surgimento do hospital, na Idade Média, pois:

“Na Grécia, Egito e Índia antigos, os médicos aprendiam medicina em locais junto aos templos e exerciam a profissão no domicílio das pessoas enfermas. Muitos séculos antes da era cristã se encontram na Grécia construções semelhantes a hospitais junto aos templos dedicados a Esculápio (Deus da Medicina na mitologia Greco-romana). Nesses locais, eram colocadas as pessoas enfermas ante a estátua do deus, para que a ação dos sonhos associada à medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes.

Na Idade Antiga, se tem notícias do aparecimento de construções tipo hospitalares junto às estradas por onde passavam os exércitos, principalmente na linha de frente do Império Romano. Nesses locais, as tropas descansavam e os enfermos eram tratados.

Surgem também nesta época estabelecimentos semelhantes para o descanso e o tratamento de civis, principalmente para o isolamento de pessoas portadoras de doenças contagiosas, que assim permaneciam separadas do restante da sociedade e entregues à própria sorte, pois os medicamentos na maioria das vezes eram ineficazes.

Os primeiros hospitais de que se tem memória datam do ano 400 D. C. Neste ano, em Ôstia, perto de Roma, Fabiola fundou um dos primeiros hospitais da Itália.”

Mas com o passar do tempo, e com a evolução, os hospitais passaram a ter outras finalidades, e conforme Gonçalves (1983 p. 20),

“Após a Idade Média, com o advento do Renascimento, surgem diversos hospitais. Em 1215, surge na Inglaterra o Hospital Saint Thomas que se tornou famoso pela implantação da primeira Escola de Enfermagem sob orientação de Florence Nightingale.

Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como um dos aspectos do cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob cuidado de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível era suficiente apenas para minorar o sofrimento. Os pacientes com maiores recursos econômicos tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

Na época, a Igreja Católica, devido à sua grande influência sobre a sociedade, e com os trabalhos de caridade junto aos doentes, resolve organizar a formação de hospitais e mantê-los, e segundo Gonçalves (1983 p. 3),

“Em Portugal, em 1485, o Papa Inocência VII autorizava a reunião, em cada cidade portuguesa, dos pequenos hospitais existentes em um único hospital. Em Lisboa nasceu assim, em 1494, o Hospital Real de São José, cujo cuidado e manutenção foram atribuídos à Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia. Proliferando mais tarde por todo o país instituições semelhantes. O Rei Don João VI determinou que todos deveriam obedecer aos regulamentos e às disposições da “Santa Casa de Misericórdia” de Lisboa. Chegando ao Brasil, já nos primeiros anos da colonização fundavam em 1538 a primeira Santa Casa em terras brasileiras, instalada em Santos. Desde lá, também aqui proliferaram essas instituições e hoje existem algumas comunidades, em todos os recantos do Brasil, onde não esteja presente essa marca altamente positiva da herança portuguesa que recebemos.”

Os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX revolucionaram o papel e as funções do hospital. Ele deixa de ser um local onde pobres e doentes eram levados para morrer, e transforma-se na mais importante instituição para o tratamento das enfermidades oferecendo ao médico condições de infra-estrutura que não podiam ser deslocadas às residências dos pacientes.

No século XX, o hospital amplia suas fronteiras, servindo a toda comunidade.

A sociedade preocupa-se com o bem-estar e a saúde de seus membros e, como mecanismo institucional através do qual alcança esse objetivo de natureza social, o hospital passa a se constituir, na atualidade, no principal estabelecimento de prestação de atenção médica à sociedade moderna, enfocando não apenas a atenção a pacientes individuais, mas, também, através da abordagem de uma medicina integral, procurando soluções para os problemas de saúde da comunidade.

O hospital moderno é uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos.

Ele emprega grande número de profissionais qualificados oferecendo serviços com alto grau de especialização. Existe no hospital uma grande divisão de trabalho exigindo habilidades técnicas diversificadas. Em decorrência desses fatos, o hospital tem grande necessidade de coordenação de suas atividades e os sistemas administrativos estão em evolução constante.

O hospital moderno exhibe um conjunto de finalidades, tais como: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa.

Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo-se para o progresso das ciências médicas.

O hospital moderno não pode existir de maneira isolada. Ele deve trabalhar de forma integrada dentro de um sistema coordenado de unidades médicas que se relacionam uma com as outras para garantir, como um verdadeiro mecanismo social, a atenção à saúde da coletividade.

As fronteiras do hospital avançam constantemente, tornando-o o Centro Institucional de Saúde da Comunidade.

Ao se tratar de saúde no Brasil, uma análise sob a ótica do mercado permite hoje a identificação de três grandes públicos no Brasil:

- Pacientes do SUS;
- Pacientes particulares;
- Pacientes conveniados.

É óbvio que as instituições de saúde, como qualquer outro empreendimento, para poderem apresentar uma posição salutar que permita o seu equilíbrio e atualização tecnológica, necessitam de resultado.

Para comprovarmos a afirmativa anterior estabelecemos os seguintes parâmetros:

- Os valores de receita provenientes da prestação de serviços via SUS não permite na grande maioria dos casos a obtenção de qualquer resultado por parte das instituições nos dias atuais, pois estes repasses são efetuados pelo governo, apenas para cobrir minimamente os custos do atendimento;
- Paciente particular, cuja a receita normalmente apresenta um resultado positivo, é um segmento em gradativa extinção. Nos dias atuais, na grande maioria das instituições de saúde, a representatividade do paciente particular é inexpressiva;
- grande segmento para onde se canalizam atualmente os maiores esforços são os pacientes conveniados.

Existem no país, inúmeros planos de saúde, muitos deles com características e valores próprios individuais ou em grupos, os quais vêm há um certo tempo estruturando-se de forma técnica e consistente diante dos termos “preço e custo de atendimento”. E é justamente nesse ponto que surge o primeiro grande problema: estabelecer um valor ou um preço para cada serviço prestado.

Hoje em dia, diante da estabilidade econômica, controle da inflação, e pela disparidade dos preços dos planos de saúde, podemos afirmar que a quase totalidade das instituições de saúde no país desconhece a sua estrutura de custos para estabelecer os preços dos seus serviços

Surge então um inevitável conflito e impasse entre duas partes da negociação. De um lado o plano de saúde pretendendo pagar um preço justo, e de outro lado, uma instituição de saúde pretendendo obter um preço que lhe traga resultados. Sabe-se entretanto, que o preço estipulado pelos planos de saúde não pode ser muito expressivo, caso contrário comprometerá a sua própria viabilidade. Como as instituições de saúde, em geral,

desconhecem o seu custo, estabelece na absoluta maioria das vezes preços arbitrários, obtidos em tabelas genéricas de terceiros ou de associações de classes, ou até mesmo outra fonte qualquer. O desconhecimento dos próprios custos desenvolve em qualquer empreendedor um instinto de proteção, para não incorrer em perdas. A consequência disso é o estabelecimento por vezes de valores de serviços absolutamente fora da realidade, o que implica redução de competitividade e, por consequência, de receita.

Ao se tratar de custos se faz necessária a conceituação de alguns termos próprios deste ramo da contabilidade.

Para Welsch (1996 p. 174) os custos variáveis são definidos como:

“ Os itens de custo cujo valor total tende a oscilar diretamente em relação a alterações da produção ou do volume de trabalho realizado. A produção (ou volume de trabalho) deve ser medida em termos de uma base de atividades, tal como unidades completadas, horas de mão-de-obra direta trabalhadas, receitas de vendas e número de chamadas para serviços, dependendo do tipo de atividade desenvolvida pela unidade administrativa em questão.”

Na contabilidade industrial verificamos que esta classificação de custos se refere aos custos de produção, ou seja, se aumentarmos a produção, aumentaremos os custos variáveis proporcionalmente, pois estão diretamente ligados a produção, como por exemplo a matéria-prima. Em se tratando de custos hospitalares, verificamos que os custos variáveis são os que estão ligados diretamente ao atendimento dos pacientes, como por exemplo: o soro fisiológico, o sabão líquido, o anestésico, a seringa, a luva e outros materiais utilizados na limpeza, sutura e outros procedimentos necessários para a recuperação do paciente. Estes custos são variáveis em função da quantidade de atendimentos, pois quanto maior o número de atendimentos maior será a quantidade de material utilizado.

Welsch (1996 p. 174) define os custos fixos como sendo:

“Os itens de custos que tendem a manter o seu valor total constante de mês para mês, independentemente das flutuações da produção ou do volume de trabalho realizado. Como todos os custos (ou qualquer custo) podem variar, este conceito deve ser aplicado a um intervalo realista ou relevante da produção e a determinado conjunto de condições (políticas

administrativas, limites de tempo e características operacionais). “

Portanto, são os custos que não variam de acordo com o número de serviços produzidos ou de pacientes atendidos, pois não estão ligados diretamente a atividade fim das entidades. Os custos fixos não são fixos como a concepção da palavra, pois embora receba este título, eles também variam, mas como vimos não em função da quantidade de atendimentos, mas sim em função do tempo. Por exemplo, o salário dos administradores, que contabilmente são tratados como custos fixos, mas caso tenha sido autorizado um aumento de salário, verificaremos um aumento dos custos fixos, mas este aumento independe do aumento de atendimentos, e notamos que eles também não são fixos, pois foram reajustados, até por que ninguém se propõe a trabalhar eternamente por uma mesma remuneração.

Cardoso Neto (1987 p.4), define que o custo direto como sendo:

“aquele facilmente identificado no produto. Não necessita de critérios de rateios.”

Consiste na apropriação dos custos variáveis relativos ao atendimento dos pacientes; processo de apuração de custos que exclui os custos fixos, só considera aquilo que acompanha diretamente o paciente atendido, admitindo que os custos fixos devem ser excluídos porque não seguem o ritmo de atendimentos. Este tipo de apuração de custo é recusado pela legislação fiscal brasileira.

Já o custo indireto, é definido por Cardoso Neto (1987 p.4) como sendo:

“aquele não identificado no produto. Necessita de critério de rateios para alocação.”

Também chamado de gastos gerais de fabricação, na contabilidade industrial, são todos aqueles que ocorrem dentro do processo de atendimento do paciente, mas que para compor o custo do atendimento nos obriga o uso de rateio. Existem muitos custos que poderiam ser mensurados e identificados com cada atendimento, mas que, por sua irrelevância, ou pela dificuldade de se fazer a medição ou, ainda, pelo quanto se gastaria para fazer todo o controle, acabam sendo considerados como custos indiretos. Como exemplo citamos o detergente utilizado na limpeza, a energia elétrica e outros.

O custeio por absorção é definido por Sá (1994 p. 109) como sendo:

“ Expressão utilizada para designar o processo de apuração de custos, que se baseia em dividir ou ratear todos os elementos de custo de modo que cada centro ou núcleo absorva ou receba aquilo que lhe cabe por cálculo ou atribuição. Um custo é absorvido quando imputado ou atribuído a uma unidade de produção ou a um produto. Tal custeio visa estabelecer os campos de incidência dos custos, fazendo com que cada departamento, centro de produção, produto, obra ou sistema produtivo recebam sua parcela até que o global aplicado seja totalmente absorvido.(...) O custo por absorção inclui os elementos diretos e indiretos das aplicações feitas, para que se consigam um produto ou um serviço, assim como os elementos variáveis e aqueles também fixos.”

Enfim, consiste na apropriação de todos os custos relativos ao atendimento dos pacientes, é o método derivado da aplicação dos princípios de contabilidade geralmente aceitos. Expressão utilizada para designar o processo de apuração de custos, que se baseia em ratear todos os elementos do custo de modo que cada departamento absorva ou receba aquilo que lhe cabe por cálculo. Tal custeio visa estabelecer os campos de incidência dos custos, fazendo com que cada departamento receba sua parcela, até que o custo global aplicado seja totalmente absorvido. Objetiva determinar os custos incorridos em determinado período, assim como o custo unitário total.

Quanto ao Custeio ABC, Nakagawa (1994 p.40) o define como:

“Conceitualmente o ABC é algo muito simples. Trata-se de uma metodologia desenvolvida para facilitar a análise estratégica de custos relacionados com as atividades que mais impactam o consumo de recursos de uma empresa.

A quantidade, a relação de causa e efeito e a eficiência e eficácia com que os recursos são consumidos nas atividades mais relevantes de uma empresa constituem o objetivo da análise estratégica de custos do ABC.”

Verificamos também que Nakagawa (1994 p.29), nos traz que:

“o ABC é um método de análise de custos, que busca rastrear os gastos de uma empresa para analisar e monitorar as diversas rotas de consumo dos recursos diretamente identificáveis com suas atividades mais relevantes, e destas para os produtos e serviços.(...) O ABC tem como objetivo facilitar a mudança de atitudes dos gestores de uma empresa, a fim de que estes, paralelamente à otimização de lucros para os investidores, busquem também a otimização do valor dos produtos para os clientes(internos e externos).”

Portanto, o custeio ABC reconhece que um processo é formado por um conjunto de atividades desencadeadas, exercidas através de vários departamentos da instituição. Esta visão permite que os processos sejam analisados, custeados e aperfeiçoados através da melhoria de desempenho na execução das atividades. Pois apoiando-se na premissa de que os atendimentos consomem atividades e estas consomem recursos, o custeio por atividades constitui-se de uma nova modalidade de apropriação de custos aos produtos através do rastreamento de recursos orientando-se em função dos direcionadores de custos.

Por esta metodologia, abandona-se as práticas de rateios arbitrários, em favor de uma associação sistemática de custos à capacidade de geração de valor pela atividade empresarial, ou seja, a definição do custo de um produto passa pela adequada identificação das atividades e correspondente mensuração dos recursos necessários para a sua realização. Desse modo, o custo de um produto representa a soma dos custos de todas as atividades necessárias para sua fabricação e entrega ao cliente.

Se, por exemplo, são necessárias atividades como suprimento de materiais, manuseio de materiais, limpeza de salas e equipamentos, observa-se que algumas delas não estão relacionadas com o volume de atendimentos –limpeza de salas e equipamentos– requerendo uma base que melhor a identifique com o atendimento.

O custeio por atividade constitui-se no alicerce de um sistema de gerenciamento de custos cujo objetivo é entender o custo e desempenho das atividades significativas, e rastrear as atividades para o objeto final de custo.

Em outras palavras, a contabilidade por atividade determina o padrão de uso de recursos por atividade. Na contabilidade industrial este método de custeio proporciona a

mesma visibilidade, tanto para custos de produção como para custos de apoio, sem requerer distinções arbitrárias entre custos diretos e indiretos, além, de ter o processo de fabricação descrito em termos das atividades relacionadas com os produtos, inclusive aquelas que não afetam fisicamente os produtos, requerendo a identificação dos custos.

CAPÍTULO IV

Este capítulo, foi desenvolvido através de anotações em sala de aula, polígrafos e documentos extraídos da biblioteca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 1988, quando era acadêmico do curso de Ciências Contábeis da Faculdade São Judas Tadeu, Porto Alegre, onde tivemos que desenvolver, em grupo, um plano de contas de custos.

4.1- Classificação estrutural na dinâmica patrimonial e aspectos relevantes da metodologia de custeamento.

Alguns segmentos de instituições de saúde, como os hospitais, por exemplo, constituem, em realidade, não um empreendimento único, mas sim um conjunto complexo de empreendimentos, como por exemplo a lavanderia, a costura, a hotelaria (internações), o restaurante e (nutrição) e os demais centros. Do ponto de vista empresarial constituem na realidade unidades de negócio próprios e autônomos.

O cálculo dos custos, em face a essas características, torna-se particularmente complexo, mas ao mesmo tempo fascinante.

Um primeiro passo dentro desse contexto é o conhecimento dos custos, receitas e resultado de cada uma dessas unidades de negócio, para identificar o nível de contribuição de cada uma delas.

Dentro das unidades de negócio cumpre a identificação individualizada dos custos por centros de custos ou mesmo por atividade (ABC).

A identificação adequada dos custos, receitas e resultados de atividades, centros de custos e unidades de negócios constitui, assim, um primeiro passo importante para uma gestão de êxito e direcionada a efetivos objetivos de saúde econômico-financeira. A partir desse contexto torna-se então possível a individualização dos custos dos serviços e procedimentos médicos, elemento indispensável para o estabelecimento de preços e valores de receita.

Visando a padronização no sistema contábil dos hospitais e entidades semelhantes, o Governo Federal, através do Conselho Interministerial de Preços – CIP, emitiu a Resolução 4/71, e após estudo da mesma verificamos que os custos devem ser apropriados em 04 mapas de custos distintos, quais são:

- Mapa de custos 1- neste mapa de custos são lançadas todas as despesas referentes aos centros de custos de base, que veremos posteriormente no item 4.2, além das despesas não operacionais.
- Mapa de custos 2 - neste mapa de custos são lançadas todas as despesas referentes aos centros de custos intermediários, que veremos posteriormente no item 4.3, além do rateio dos centros de custos de base.
- Mapa de custos 3 - neste mapa de custos são lançadas todas as despesas referentes aos centros de custos especiais, inaplicáveis e de produção, que veremos posteriormente nos itens 4.4, 4.5 e 4.6, além do rateio dos centros de custos de base e intermediários.
- Mapa de custos 4 - este mapa é destinado à consolidação dos mapas de custos 1, 2 e 3, além das receitas.

4.1.1 – Despesas diretas dos centros de custos de base, intermediários, especiais, inaplicáveis e de produção.

4.1.1.1- Pessoal

- Médicos – os valores creditados ou pagos, serão computados proporcionalmente as horas de trabalho para os determinados Centros de Custos, em que esteja exercendo suas funções.
- Enfermeiros – os valores creditados ou pagos aos enfermeiros ou auxiliares, serão computados proporcionalmente as horas de trabalho, aos Centros de Custos que estão designados.
- Bolsistas e estagiários - os valores creditados ou pagos a estes, serão computados nos Centros de Custos conforme a sua finalidade ou execução de suas atividades.
- Sócios, Diretores e Conselho Fiscal – os valores creditados ou pagos a estes, dentro dos limites da legislação de Imposto de Renda, serão computados no Centro de Custos Administração, no entanto se esse limite exceder, este irá para as despesas não operacionais.
- Pessoal da limpeza, manutenção e outros – os valores creditados ou pagos a eles serão distribuídos proporcionalmente aos Centros de Custos que estejam executando suas funções.

- Indenizações e aviso prévio – os valores creditados ou pagos serão distribuídos proporcionalmente nos Centros de Custos, conforme distribuição dos valores pagos ao pessoal.
- Encargos sociais – os valores creditados ou pagos serão distribuídos proporcionalmente nos Centros de Custos, conforme distribuição dos valores pagos ao Pessoal.
- INSS, FGTS e seguros com acidentes de trabalho – estes itens são calculados na folha de pagamento e serão distribuídos proporcionalmente nos Centros de Custos, onde os funcionários tenham exercidos suas funções.
- Assistência médica, educacional, recreativa e social – os custos relativos a estas atividades onde serão atendimentos dos próprios funcionários da instituições de saúde, deverão ser alocados aos Centros de Custos onde os funcionários estiverem lotados.
- Diversos a classificar – destinado ao registro de outras despesas com pessoal, e não deverão ultrapassar 5% do total dos desembolsos com pessoal; e deverão ser apropriadas diretamente nos centros de custos que provocaram a referida despesa.

4.1.1.2 – Medicamentos e materiais

O controle dos Centros de Custos deverão ser efetuados pelo almoxarifado, farmácia e outros órgãos de distribuição.

- Gêneros alimentícios – as despesas deste item serão apropriadas nos Centros de Custos conforme requisição ao almoxarifado, despesas, ou outros órgãos de controle.
- Impressos e materiais de expediente – o almoxarifado também é o Centro de Custo responsável pela guarda e distribuição destes itens. A distribuição deverá obedecer ao sistema de requisição, para que o almoxarifado tenha condições de informar os valores requisitados de cada Centro de Custo.
- Material de consumo em geral – itens de controle do almoxarifado e no caso em que pacientes internados ou externos adquiram materiais deste item, mediante contra pagamento; esta despesa será computada nos Centros de Custos Medicamentos e Materiais a Pacientes Internados ou em Medicamentos e Materiais a Pacientes Externos.
- Drogas e medicamentos – a Farmácia é o Centro de Custo responsável pela guarda e distribuição das drogas e medicamentos, e a distribuição deverá obedecer ao sistema de

requisições, para que a farmácia possa informar quais os valores a cada Centro de Custo requisitante.

- Oxigênio e carbogênio – as despesas referentes a este item são computadas diretamente ao Centro de Custo Gasoterapia.
- Sangue e plasma – as despesas referentes a este item são computadas diretamente ao Centro de Custo Hemoterapia e/ou Banco de Sangue.
- Combustíveis e lubrificantes – o hospital deverá ter um órgão responsável para o controle deste item, no qual prestará informações ao contabilista de custos sobre a distribuição nos Centros de Custos, conforme as guias de tráfego.
- Peças e acessórios de reposição – estas despesas são distribuídas proporcionalmente nos Centros de Custos, conforme requisições ao Centro de Custo almoxarifado.
- Diversos a classificar – estas despesas são distribuídas proporcionalmente nos Centros de Custos conforme requisições ao Centro de Custos almoxarifado. Os medicamentos e materiais, se forem distribuídos como doações, serão computados diretamente em despesas não operacionais. Não podendo ultrapassar o limite de 5% do total das despesas com medicamentos e materiais.

4.1.1.3 – Impostos, taxas e contribuições

- Imposto de renda – estes valores são lançados diretamente em despesas não operacionais.
- Imposto predial e territorial – os valores são lançados no Centro de Custos de manutenção e conservação da edificação.
- ISS – estes valores são rateados proporcionalmente entre os Centros de Custos geradores da receita.
- Contribuições sindicais – estes valores são apropriados diretamente no Centro de Custo Administração.
- Alvarás e registros – estes valores, de um modo geral serão apropriados no centro de custos Administração ou em algum Centro específico.
- Multas e infrações fiscais – serão lançados diretamente em despesas não operacionais.
- Diversos a classificar – composto basicamente por PIS/PASEP, não deverão ultrapassar 5% do total dos desembolsos com impostos, taxas e contribuições; e deverão ser

apropriadas diretamente nos centros de custos que provocou a referida despesa, ou ainda ratear entre os centros de custos que a incidem.

4.1.1.4 – Financeiras

As despesas deste grupo são computadas diretamente em despesas não operacionais, e para melhor ilustrar serão citados a seguir, os itens que compõe estas despesas:

- Juros – despesas pagas em atraso nas liquidações dos compromissos da entidade;
- Taxas e comissões bancárias – despesas provenientes de operações bancárias, tais como: taxas de permanência e impostos sobre operações financeiras, cobradas pelo banco;
- Despesas de financiamento – despesas sobre o financiamento obtido, cobrados pela financiadora dentro do período de apuração dos custos;
- Descontos concedidos – refere-se a todos os valores descontados (abatimentos) concedidos aos clientes da entidade;
- Diversos a classificar – são todas as despesas não classificadas nas contas anteriores, levando-se em consideração que não deverão ultrapassar a 5% do valor total deste grupo.

4.1.1.5 – Gerais

- Aluguéis – lançados diretamente ao centro de custos manutenção e conservação de edifício, ou diretamente a outros centros se for em prédio separado, de propriedade própria ou de terceiros.
- Energia elétrica - lançados diretamente ao centro de custos manutenção e conservação de edifício, ou diretamente a outros centros se for em prédio separado, de propriedade própria ou de terceiros.
- Água - lançados diretamente ao centro de custos manutenção e conservação de edifício, ou diretamente a outros centros se for em prédio separado, de propriedade própria ou de terceiros.
- Telefone - lançados diretamente ao centro de custos manutenção e conservação de edifício, ou diretamente a outros centros se for em prédio separado, de propriedade própria ou de terceiros. Em caso de central telefônica, as despesas com telefones também poderão

ser rateadas em função da quantidade de ramais e aparelhos disponíveis em cada centro de custo.

- Assinaturas de jornais e revistas – os valores serão lançados diretamente no centro de custos administração.
 - Viagens, ajuda de custo e diárias – dependendo a característica da viagem, os valores serão computados ao centro de custos administração, quando houver retorno financeiro, no entanto se este não acontecer levamos esta despesas para despesas não operacionais.
 - Propaganda e publicidade – lançados diretamente no centro de custos administração.
 - Fretes e carretos – valores creditados ou pagos a terceiros, serão lançados diretamente ao centro de custos que utilizou o serviço.
 - Contribuições – se tiver sentido de doação serão lançados em despesas não operacionais, caso contrário lançados no centro de custos administração(mapa de custo 1).
 - Doações – lançadas em despesas não operacionais.
 - Seguros
 - a) Do imóvel – diretamente no centro de custos manutenção e conservação do edifício;
 - b) Do material permanente – distribuído proporcionalmente sobre o imobilizado de cada centro de custos.
 - c) Outros seguros – lançado diretamente no centro de custos administração.
 - d) Dos empregados – deverá ser lançado exclusivamente no grupo de despesas com pessoal.
 - Perdas de bens de uso – os valores líquidos de perdas nas vendas, de uso, desgastes, deterioração ou inutilização de qualquer espécie sem compensação de seguros, diminuindo assim o patrimônio líquido do hospital. Os valores deste item serão computados diretamente no centro de custos que deu origem.
 - Depreciação – o setor de patrimônio é o responsável pelo controle de todo o imobilizado da entidade e que efetuará a distribuição da depreciação entre os centros de custos.
 - a) Ao centro de custos manutenção e conservação do edifício, serão lançados os valores referentes a depreciação do imóvel, ou seja, da edificação.
 - b) Quanto ao material permanente, serão efetuados os lançamentos aos centros de custos pertinentes, em conformidade com o depreciável de cada centro de custos.
- Obs: o cálculo da depreciação deverá obedecer a legislação do Imposto de Renda vigente na data da elaboração dos cálculos.
- Contas incobráveis – os valores deste item, deverão ser computado diretamente no centro de custo que deu origem a esta receita não realizada.

- Diversos a classificar – os valores deste item não deverão ultrapassar a 5% das outras despesas pertencentes ao grupo geral, e a sua distribuição será diretamente ao centro de custo que deu a sua origem. Caso este valor ultrapasse o limite de 5%, o mesmo deverá ser comprovado.

4.1.2 - Centros de custos de base

Este mapa de custo, mapa de custo 1, é composto pelos centros de custos de base e as despesas são apropriadas conforme descrição abaixo:

- Administração – neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos e materiais, impostos, taxas, contribuições, financeiras e gerais, que forem necessárias ao funcionamento dos setores: arquivo ou expediente, chefias de serviços técnicos, telefonista, sala de espera, seção de compras quando não fizer parte direta ao almoxarifado ou farmácia, que integram o centro de custo administração.
- Transporte próprio – neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos e materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessária ao funcionamento de : veículos de cargas ou passeio e ainda a garagem, oficina e outros que integram este centro de custo.
- Almoxarifado – neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos e materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessária ao funcionamento dos setores de recebimento, estocagem, controle e distribuição do material, que se integram ao centro de custo almoxarifado.
- Limpeza - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, que se fazem necessárias ao funcionamento deste centro de custo.
- Manutenção e conservação do edifício - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessária para a conservação dos: parques, jardins, elevadores, estacionamento e toda a área física ocupada.
- Manutenção e conservação de móveis, máquinas e equipamentos - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais que se fazem necessária para a conservação dos aparelhos e equipamentos de uso do hospital.
- Caldeiras - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais que se fazem necessárias ao funcionamentos deste

centro de custo para fornecimento de vapor e água quente para os diversos centros de custos.

- Nutrição e dietética - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais nos setores: nutrição e dietética, salas de nutricionistas e dietistas, despensas, câmaras frigoríficas e copas que se fazem necessárias ao funcionamento deste centro de custo.
- Lactário - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais nos setores de laboratório de leite, esterilização, sala de preparo e guarda de mamadeiras, que se fazem necessárias ao funcionamento deste centro de custo.
- Lavanderia e rouparia - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais nos setores: recepção, separação, passagem, lavagem, centrifugação, secagem e pesagem, consertos, guarda e distribuição das roupas do hospital, que se fazem necessários ao funcionamento deste centro de custo.
- Farmácia ou depósito - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais; impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários ao funcionamento dos seguintes setores: recebimento, estocagem controle e distribuição de drogas e medicamentos que integram o centro de custo farmácia ou depósito.
- Centro de material (esterilização) - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais nos setores de: expurgo preparo do material, esterilização, controle e distribuição, que se fazem necessários ao funcionamento deste centro de custo.
- Serviço social médico - neste centro de custo computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, compreendendo as áreas físicas de: salas de recepção, salas de chefias, salas de entrevistas, que se fazem necessários ao funcionamento deste centro de custo.
- Alojamento e utilidades – neste centro de custo, computamos as despesas destinadas às dependências e alojamentos dos médicos residentes e dependendo o caso, das irmãs, formando assim dois centros de custos distintos:
 - a) De irmãs: este centro de custo, no qual sua área física é constituída de dependências exclusivas das irmãs que trabalham no hospital, funciona também como ponto de

referência das utilidades que lhe são concedidas sem obrigação de reembolso, suas despesas são efetuadas com a área física e com as irmãs.

- b) De médicos: este centro de custo, no qual sua área física é constituída de dependências de alojamento de médicos que residem no hospital, funciona também como ponto de referência das utilidades (não reembolsadas que o hospital lhes oferece) suas despesas são as efetuadas com a área física e com os profissionais.
- Biblioteca – neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, destinadas as dependências das: salas de leituras, sala de bibliotecária, enfim da área física concernente ao seu funcionamento.
 - Praxiterapia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, dentro da área física de funcionamento deste centro de custo.
 - Serviço de arquivo médico e estatística - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais dentro da área física de funcionamentos deste centro de custo.
 - Despesas não operacionais – as despesas não operacionais, não constituem um centro de custo, no entanto existe uma coluna própria no mapa de custo (mapa de custo 1), no qual devemos computar as despesas que não estão incluídas nas atividades operacionais e precípua do hospital citamos aquelas que representam quase uma punição, como por exemplo:
 - a) o não cumprimento de um contrato com empresas autônomas;
 - b) as despesas financeiras;
 - c) as doações;
 - d) pagamentos de pro-labore acima dos limites legais e outros.

4.1.3 - Centro de custos intermediários

Neste mapa de custo, mapa de custo 2, são computadas as despesas diretas, enquanto que a parte do rateio serão tratados posteriormente.

- Unidade de tratamento intensivo - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, com o fim de atendimento dos

pacientes em estado grave que mereceu um tratamento especial; dentro da área física deste centro de custo.

- Berçário - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, com o fim de atendimento aos recém-nascidos normais, prematuros, isolamento e ainda os postos de enfermagem, sala de serviço, sala de exame, utilidades e outros; que se dedicam ao funcionamento deste centro de custo, pois há a possibilidade de ocorrer acidente de trânsito, onde um bebê que acabou de deixar a maternidade esteja envolvido.
- Anestesia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, nos setores: guarda de aparelhos, salas dos anestesistas e na execução das suas atividades, mesmo sendo dentro do centro cirúrgico ou centro obstétrico.
- Gasoterapia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, nos setores: de guarda de gases medicinais e distribuição.
- Medicamentos e materiais a pacientes internados – este centro de custo não possui área física, nem atividade específica, serve apenas de ponto de referência para cumular as despesas relativas a drogas, medicamentos e materiais indispensáveis ao tratamento mas que sejam reembolsados pelos pacientes internados ou responsáveis.
- Medicamentos e materiais a pacientes externos – este centro de custo, tal como o anterior, serve apenas como ponto de referência para acumular as despesas relativas a drogas, medicamentos e materiais fornecidos a pacientes externos e por estes reembolsados.
- Laboratório de análises clínicas - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários, ao seu funcionamento. A sua área física compreende: salas de espera, sala de coletas do material, sala de laudos, secretaria e atividades laboratoriais propriamente dito.
- Laboratório de anatomia patológica - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários ao funcionamento deste centro de custo.
- Raio X - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários ao seu funcionamento. A área física deste centro de custo compreende: sala

dos aparelhos de raio X, câmaras escuras, vestiários, sala de espera, sala de preparo, sala de interpretação, secretaria e outras dependências que se fizerem necessários ao seu funcionamento.

- Hemoterapia ou banco de sangue - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários ao seu funcionamento. A área física deste centro e custo compreende: sala de espera, sala de coleta, copa, sala de exames e preparos, estocagem, secretaria e outras mais que se fazem necessários.
- Eletrocardiografia - e/ou eletroencefalografia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, utilizadas dentro deste centro de custos, compreendendo a área física de suas instalações.
- Fisioterapia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, utilizado para o funcionamento deste centro de custo. A área física é composta de: instalações hidroterápicas, sala de ginástica, sala de aparelhagem, que se coadunam com a sua finalidade.
- Radioterapia - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, utilizados para o funcionamento deste centro de custo.

4.1.4 - Centro de custos especiais

Neste mapa de custo, mapa de custo 3, são registradas as despesas dos centro de custos especiais e para isso devemos obedecer os critérios abaixo:

- Clínica médica e cirúrgica adultos, clínica médica e cirúrgica pediátrica, clínica obstétrica, clínica psiquiátrica e clínica fisiológica: nestes centros de custos, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que se fazem necessários ao funcionamento.

Estes centros de custos que são as unidades de internação, compreendem as seguintes áreas físicas: apartamentos, enfermarias destinadas a acomodações dos pacientes incluindo ainda os postos de enfermagem, salas de serviços, rouparias, salas de utilidades, copas, sanitários, salas de recepção, refeitórios a pacientes e outros.

O total das despesas diretas mais as despesas indiretas que este centro de custo recebe, irão constituir-se no valor das diárias, no entanto devemos obedecer criteriosamente a distribuição dos grupos: medicamentos, materiais, impostos, taxas e contribuições que só aparecem como despesas diretas nestes centros de custo se não forem reembolsadas pelos pacientes ou responsáveis; no entanto se forem reembolsados, então irão para o centro de custo medicamentos a pacientes internados.

- Centro cirúrgico - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais, que se fazem necessários ao seu funcionamento. Este centro de custo é composto pelas seguintes áreas físicas: lavabo, sala de preparação do médico e o centro cirúrgico propriamente dito.
- Centro obstétrico - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais e gerais que se fazem necessários ao seu funcionamento. Este centro de custo é composto pelas seguintes áreas físicas: sala de trabalho, parto, sala de parto, salas de operações, lavabo, sala de reanimação, posto de enfermagem, sala de utilidades e sala de parteira.
- Ambulatório - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, realizadas nas seguintes áreas físicas: salas de espera, consultórios, setores de matrícula, informações, unidade de enfermagem e outras, que se fazem necessário ao atendimento dos pacientes externos.
- Pronto socorro - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais que se fazem necessários ao seu funcionamento. Este centro de custo apesar de possuir leitos para acomodações de pacientes não são classificados como unidades de internação, tornando-se assim uma unidade de emergência, tendo como área física aquela ocupada para cumprir sua finalidade. Devemos observar os critérios de que quando os grupos, medicamentos, materiais, impostos, taxas e contribuições forem em contra pagamento pelo paciente ou responsável não aparecerá como despesa direta dos centros de custos ambulatório e pronto socorro, mais sim em medicamentos e materiais a pacientes externos.

4.1.5 - Centro de custos inaplicáveis

Este centro de custo, que compõe o mapa de custo 3. E conforme publicação na Resolução 4/71 do CIP, assim ficou determinado:

“O sistema de operação de custo que se pretende adotar exige que as despesas sejam apropriadas diretamente aos centros de custos, considerando-se que cada um deles as tenha precisamente diferenciados.”

Torna-se necessário, no entanto, fazer um esclarecimento especial quanto as despesas não operacionais, como por exemplo: as despesas financeiras e as doações, que não podem em hipótese alguma ser consideradas componentes de custos ou serviços. É importante ainda esclarecer a forma de se fazer a distribuição das despesas relativas a médicos, portanto o valor a eles creditados ou pagos deverá ser distribuídos aos centros de custos dos mapas de custos n.º 1, 2 e 3 proporcionalmente a sua prestação de serviço em cada centro de custo, inclusive as relativas aos médicos plantonistas e especiais cujos honorários são componentes das diárias ou dos serviços. Neste caso cada centro de custo apropria somente os valores das despesas compatíveis com a atividade, que lhe é própria. Por exemplo: as despesas com serviços médicos de anestesia, berçarista, cirurgiões, obstétricas e respectivos auxiliares, devem ser apropriados no centro de custos inaplicáveis. Estes valores não devem entrar, normalmente no custo de paciente-dia para não prejudicar estudos comparativos.

Procurando dar maiores detalhes sobre o assunto, passaremos a demonstrar alguns casos que funcionam como simples ponto de referência, indo suas despesas automaticamente para despesas não operacionais: exames complementares a pacientes externos, honorários médicos, alojamento, utilidades e extraordinários a funcionários, extraordinários a pacientes e acompanhantes, transporte de pacientes e necrotério.

Quando se fala em berçarista, anestesista, cirurgiões, obstétricas e respectivos auxiliares, serão apropriados ao centro de custo inaplicáveis somente quando forem realizados por empregados do hospital. Por exemplo, determinado médico, que não funcionário do hospital é contratado para exercer um procedimento de anestesista, então esta despesa é direta do centro de custo anestesia.

4.1.6 - Centro de custos de produção

- Oficina de costura, farmácia semi-industrial, granja, chácaras e outros centros de custos de produção. - neste centro de custo, computamos as despesas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições e gerais, que compõem as despesas diretas destes centros de custos que constituem as pequenas indústrias subsidiária

do hospital, que geralmente são para o consumo próximo. A receita proveniente dos centros de produção obedecem ao sistema preço de mercado, no entanto se o movimento destes centros de custos merecem maiores atenções, aconselhamos uma contabilidade de custo a fim de determinar o valor exato dos custos diretos, mais indiretos, mais impostos, mais lucro, que é igual ao valor de venda, ou seja, receita.

4.2 - Metodologia de rateio

4.2.1 - Metodologia de rateio das despesas diretas

- Administração – somaremos as despesas com pessoal, serviços próprios, nos itens médicos, enfermagem, sócios diretores e conselho fiscal, e diversos, dos mapas de custos nºs 1, 2 e 3. Este total é dividido pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Transporte próprio - no registro ou controle deste centro de custo encontramos os Km rodados pelas viaturas, que deverá ser dividida pelo total da despesa do referido centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Almoxarifado – somaremos as despesas com impressos, materiais de expediente, material de consumo em geral, peças e acessórios de reposição, dos mapas de custos nºs 1, 2 e 3 , que representam o valor total das requisições e dividimos pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Limpeza – computamos o total de metros quadrados que o setor de limpeza executa seu trabalho e dividiremos pelo total da despesa deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Manutenção e conservação de edifício – o total de metros quadrados que este centro de custo é responsável pela conservação, é dividida pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Manutenção e conservação de móveis, máquinas e equipamentos. – computamos o total do material utilizado na manutenção e conservação dos bens permanentes e dividimos pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.

- Caldeira – o total de metros quadrados que passarem a rede de distribuição de água quente, é dividida pelo total da despesa deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Nutrição e dietética – dos registros deste centro, retiramos a quantidade de unidades de refeições servidas no período e dividimos pela despesa total deste centro de custo, e para sabermos qual o valor per-capita das refeições: café da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia, devemos utilizar os seguintes pesos: 2, 7, 2, 5 e 1, e utilizarmos a seguinte fórmula:
 Total da despesa deste centro de custo = peso 17
 Quantidade total da 1ª refeição (café da manhã) x peso 2;
 Quantidade total da 2ª refeição (almoço) x peso 7;
 Quantidade total da 3ª refeição (lanche) x peso 2;
 Quantidade total da 4ª refeição (jantar) x peso 5;
 Quantidade total da 5ª refeição (ceia) x peso 1.

A soma total das refeições servidas vezes o peso, é dividido pelo total da despesa, o coeficiente encontrado deverá ser multiplicado pelos pesos das refeições. O resultado obtido representam os preços unitários médios por espécie de refeições, a fim de serem rateados nos centros de custos consumidores dos mapas de custos nºs 2 e 3.

- Lactário – do registro deste centro retiramos a quantidade de unidades de mamadeiras servidas no período e dividimos pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Lavanderia e rouparia – do registro deste centro de custo, retiramos a quantidade de quilos de roupas lavadas, o total registrado é dividido pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Farmácia ou depósito – somaremos as despesas com drogas e medicamentos nos mapas de custos nºs 1, 2 e 3, que representam o valor total das requisições, e este é dividido pelo total da despesa deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Centro de material (esterilização) – este deverá registrar todos os volumes que foram esterilizados e o total será dividido pela despesa total deste centro de custo, dando assim o custo unitário.
- Serviço social médico – este centro de custo informa quantos casos foram atendidos no período e este será dividido pela despesa total deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.

- Alojamento e utilidades – o total das pessoas que fazem parte da empresa que aí residem, conforme exemplificação feita anteriormente, é dividido pelo total da despesa deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.
- Praxiterapia – a quantidade de paciente psiquiátricos que foram atendidos no período, é dividido pelo total da despesa deste centro de custo, obtendo assim o custo unitário.

Quanto ao rateio dos custos, a resolução 4/71 traz algumas considerações técnicas, pois reconhecendo-se as dificuldades iniciais para implantação deste sistema de apuração de custos, em todas as unidades hospitalares do país, adotou-se critérios, algumas vezes sem os refinamentos técnicos desejados, todavia os mais aconselháveis para o momento.

Releva registrar, todavia, que tão logo sejam interpretados pelos hospitais os conceitos e critérios contidos nesta sistemática de custo, acreditamos que o Conselho Interministerial de Preços – CIP deverá aperfeiçoar gradativamente os critérios de apuração.

Dentro dos princípios assim estabelecidos, não se levou em consideração o rateio das despesas dos serviços permutados entre os serviços componentes de um mesmo agrupamento do centro de Custo, mas adotou-se o critério de rateio da seguinte forma:

1. Serão rateadas entre os custos intermediários, especiais e de produção, as despesas dos centros de custos de base, que constituem originariamente as despesas indiretas;
2. Serão rateadas aos centros de custos especiais, as despesas dos centros de custos intermediários, já adicionadas das respectivas parcelas do rateio dos centros de custos de base;
3. Quanto aos centros de custos de produção, releva assinalar que as despesas e receitas não deverão ser incluídas no cômputo total das despesas do hospital, visto que não sendo serviços específicos hospitalares, considera-se apenas em contrapartida a sua receita correspondente, como rendimento adicional.

4.2.2 - Base de distribuição do rateio.

Para que possamos ratear as despesas dos serviços que não contam com uma unidade diferencial, deve-se adotar os seguintes critérios:

1. No que se refere ao centro de custo administração, deverão suas despesas serem distribuídas proporcionalmente ao total gasto com pessoal dos centros de custos dos mapas de custos nºs 2 e 3.

2. Da mesma forma se deve proceder no que concerne aos centros de custos abaixo discriminados, cujas despesas totais serão assim distribuídos, conforme os centros de custos dos mapas de custos nºs 2 e 3.

- Almoxarifado – proporcional as requisições;
- Manutenção e conservação de edifício – proporcional a área ocupada;
- Manutenção e conservação de máquinas, equipamentos, instalações e utensílios, proporcionalmente aos valores imobilizados;
- Caldeira – proporcional aos metros quadrados dos respectivos centros de custos, mesmo que não se utilizem diretamente da caldeira.
- Farmácia ou depósito – proporcional as requisições. Para os centros de custos que tenham unidade de serviço diferenciada, o rateio será sempre proporcional ao consumo dessas unidades pelos centros de custos dos mapas de custos nºs 2 e 3.

Em alguns casos, para que se faça distribuição que se aproxime da realidade, torna-se necessário usar um sistema de ponderação. Assim, por exemplo, para a distribuição da despesa de nutrição e dietética, recomenda-se considerar os seguintes coeficientes de ponderações.

REFEIÇÕES/QUANTIDADE	PESO
Dejejum ou café da manhã	2
Almoço	7
Lanche	2
Jantar	5
Ceia	1

Para o lactário.

REFEIÇÕES/QUANTIDADE	PESO
Mamadeira servida em berçário	1
Mamadeira servida em pediatria	2

Cumpra observar, outrossim que toda refeição servida em contra pagamento, deverá ser apropriada ao centro de custo inaplicáveis. O custo unitário da refeição deverá ser apurado, somente para fins de rateio, desprezando-se as unidades consumidas pelos centros de custos do mapa de custo 1.

Em outros casos até a elaboração de novos estudos atuariais que determinam a avaliação e análise dos custos dos serviços de diagnóstico, e tratamento, o CIP decidiu utilizar provisoriamente das unidades de serviços atualmente adotadas a fim de facilitar a comparação dos referidos custos.

Para isso são solicitados os quesitos informativos que formam os campos de identificação que possibilitarão as apurações de custos das respectivas unidades de serviços.

O rateio das despesas relativas à unidade de tratamento intensivo merece consideração especial, uma vez que, para efeito de apuração do custo o número de leitos e o número de pacientes-dia serão contados da seguinte maneira:

- a) Na unidade de tratamento intensivo, em qualquer hipótese para efeito de apuração do custo unitário de diária nesse centro.
- b) Mesmo que o hospital tenha leitos de retaguarda nas unidades de enfermagem para os pacientes que estiverem na unidade de tratamento intensivo, os leitos daquela unidade não serão computados como leitos daqueles centros de custos.
- c) Quaisquer que sejam as alternativas, o número de pacientes-dia da unidade de tratamento intensivo no momento do rateio será sempre acrescentado aos respectivos centros de custo de origem (clínica médica e cirúrgica, obstetrícia, fisiologia e psiquiatria).

Suponhamos por exemplo, que seja de 150 o número de pacientes-dia da unidade de tratamento intensivo, em determinado período. No momento do rateio este total de pacientes-dia será assim distribuído:

- 100, para as unidades de clínica médica e cirúrgicas;
- 45, para a unidade de obstetrícia e
- 5, para a de pediatria.

Logicamente a despesa da unidade de tratamento intensivo será rateada na mesma proporção.

No que diz respeito ao rateio das despesas de berçário não há problema de vez que será totalmente transferido para a unidade de clínica obstétrica.

Por outro lado, as despesas do centro de custo de anestesia deverão ser rateadas conforme utilização dos centros cirúrgicos, obstétricos, ambulatório e pronto socorro.

As demais despesas dos centros de custos intermediários somente serão rateadas no mapa de custo 4.

4.2.3 - Unidades de bens e serviços – custo unitário e receita unitária – mapa de custos 2

Após receberem as despesas diretas dos grupos: pessoal, medicamentos, materiais, impostos, taxas, contribuições, gerais e ainda as despesas indiretas do mapa de custo 1, cada centro de custo intermediário está com suas despesas computadas.

1 – Unidade de tratamento intensivo – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços, deste centro de custo, são formadas pelas despesas e receitas dos pacientes-dias, por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e não pagantes no período.

Quanto ao custo unitário é representado pelo valor unitário gasto com cada diária ou paciente-dia, e apura-se através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período pelo total de paciente-dias no período neste centro de custo.

Quanto a receita unitária é formada pelo somatório das diárias recebidas ou debitadas por fontes ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes, seu valor unitário é apurado através da divisão do total da receita deste centro de custo no período, pelo total de paciente-dias no período neste centro de custo.

2 – Berçário – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviço deste centro de custo são formados pelos pacientes-dias por fontes: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário é representado pelo valor unitário de cada diária ou paciente-dia, e apura-se através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de paciente-dias neste centro de custo no período.

Quanto a receita é formada pelo somatório das diárias recebidas por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativas de não pagantes; seu valor unitário é apurado através da divisão do total da receita deste centro de custo no período, pelo total da paciente-dias neste centro de custo no período. A baixa receita deste centro de custo se prende ao fato de que os recém nascidos geralmente entram no cômputo das diárias de parturientes, ou seja a mãe da criança.

3 – Anestesia – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo, são formados pelos minutos de anestesia e os valores recebidos respectivamente por fonte, ou seja: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário que é representado pelo custo de cada minuto de anestesia e é apurado através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de minutos anestésicos no período.

Quanto a receita é formada pelo somatório dos valores de anestesia recebidas por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes; seu valor unitário é formado através da divisão do total da receita deste centro de custo no período, pelo total de minutos anestésicos no período.

4- Gasoterapia – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo, são formadas pela quantidade de centímetros cúbicos de gás medicinal consumidos pelos pacientes internos e externos dos centros de custos especiais ou inaplicáveis e os valores recebidos respectivamente por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário que é representado por cada centímetro cúbico de gás medicinal consumido, é apurado através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de centímetros cúbicos consumidos no período.

5 – Medicamentos e materiais a pacientes internados - neste centro de custo não computamos as unidades de bens e serviços por inexistirem, haja visto serem centros de custos apenas como ponto de referências, no entanto computamos a receita proveniente dos medicamentos e materiais de consumo e outros que foram consumidos por pacientes internados ou externos, mas que houve contra pagamento pelos mesmos ou seus responsáveis, por fonte, ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes.

6 – Medicamentos e materiais a pacientes externos - neste centro de custo não computamos as unidades de bens e serviços por inexistirem, haja visto serem centros de custos apenas como ponto de referências, no entanto computamos a receita proveniente dos medicamentos e materiais de consumo e outros que foram consumidos por pacientes internados ou externos, mas que houve contra pagamento pelos mesmos ou seus responsáveis, por fonte, ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes.

7 – Laboratório de análises clínicas – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo são formadas pelos atendimentos e pacientes, transformadas em unidades de serviço (US) e apura-se através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de (US) deste centro de custo no período.

Quanto a receita, é formada pelo somatório dos valores de US recebidos ou debitados por fontes pagadoras: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes, seu valor unitário é apurado através da divisão da receita total deste centro de custo no período, pelo total de (US) deste centro de custo no período.

8 – Laboratório de anatomia patológica – as formas de apropriação dos custos unitários da unidade de bens e serviços e a receita unitária destes bens e serviços obedecem ao mesmo sistema do item anterior.

9 – Raio X - as formas de apropriação dos custos unitários da unidade de bens e serviços e a receita unitária destes bens e serviços obedecem ao mesmo sistema do item 7 (laboratório de análises clínicas).

10 – Hemoterapia e/ou banco de sangue – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo, são formados pelas despesas de coletas, exames e outros, e a respectiva distribuição. Para computarmos esta despesa e posterior receita, é necessário transformá-lo em centímetros cúbicos de sangue total, glóbulos vermelhos e plasma, aplicados a pacientes das fontes: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário é representado pelo valor da despesa por centímetro cúbico de sangue ou plasma, e apura-se através da divisão do total da despesa neste centro de custo no período, pelo total de centímetros cúbicos deste centro de custo no período.

Quanto a receita, é formada pelo somatório dos valores de centímetros cúbicos recebidos por fontes: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes, e seu valor unitário é apurado através da divisão do total da receita deste centro de custo no período, pelo total de (US) neste centro de custo no período.

11- Eletroencefalografia e/ou Eletrocardiografia – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo, são formadas pela quantidade de traçados executados a pacientes das seguintes fontes: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário é representado pelo valor da despesa por cada traçado efetuado e apura-se através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de traçados efetuados no período.

12 - Fisioterapia – a unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços deste centro de custo, são formadas pelas aplicações efetuadas a pacientes, transformamos estas US distribuídas por fontes: SUS, particulares, convênios e não pagantes.

Quanto ao custo unitário é representada pelo valor da despesa por cada US e apura-se através da divisão do total da despesa deste centro de custo no período, pelo total de US deste centro de custo no período.

Quanto a receita é formada pelo somatório dos valores de US recebidos por fontes: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagamentos, e seu valor unitário é apurado através da divisão do total da receita deste centro de custo no período, pelo total de US neste centro de custo no período.

13 – Radioterapia – as formas de apropriação dos custos unitários da unidade de bens e serviços e a receita unitária destes bens e serviços obedecem ao mesmo sistema do item anterior.

4.2.4 - Rateio dos centros de custos intermediários para os centros de custos especiais

1 - Unidade de tratamento intensivo – o total da despesa deste centro de custo é transferida para o mapa de custo 3 através de rateio. O método usado é o seguinte:

1º passo – sabermos quantos pacientes dia pertenciam a clínica médica e cirúrgica de adultos, quantos pertenciam a clínica médica e cirúrgica pediátrica, e quantos pertenciam clínica obstétrica e centros de custos especiais.

2º passo – multiplicar a quantidade de pacientes dia de cada centro de custo especial pelo custo unitário (UTI – mapa de custo 2).

3º passo – os resultados obtidos serão distribuídos nos seus devidos centros de custos do mapa de custo 3.

2 - Berçário – o total da despesa deste centro de custo é transferida para a clínica obstétrica nos casos de hospitais e maternidades, em hospitais de clínica geral irá para obstetria somente o período de acompanhamento da parturiente, após isso será computado em clínica médica e cirúrgica pediátrica.

3 - Anestesia – o total da despesa deste centro de custo é transferida para o mapa de custo 3, através de rateio, obedecendo o seguinte método:

1º passo – sabermos quantos minutos foram gastos para cada centro de custo especial.

2º passo – multiplicar a quantidade de minutos anestésicos de cada centro de custo especial pelo custo unitário (anestesia - mapa de custo 2).

3º passo – os resultados obtidos serão distribuídos nos seus devidos centros de custos, mapa de custo 3. O centro cirúrgico e obstétrico não recebem rateio de anestesia, pois os pacientes pertencem as clínicas quando internados, e a pronto socorro e ambulatório, quando pacientes externos.

4.2.5 - Unidades de bens e serviços – custo unitário e receita unitária – mapa de custos 3

Após receberem as despesas diretas dos grupos: pessoal, medicamentos e materiais, impostos taxas e contribuições e gerais, mais as despesas indiretas dos mapas de custos 1 e 2, cada centro de custo especial ou de produção estão com suas despesas computadas, no entanto os centros de custos especiais com pequenas exceções, deverão calcular os custos unitários e receitas unitárias.

Para os centros de custos clínica médica e cirúrgica adulto, clínica médica e cirúrgica pediátrica, clínica obstétrica, clínica psiquiátrica e clínica fisiológica, a unidade de bens e serviços pela despesa e receita dos pacientes-dias (diárias) internados no hospital, devendo serem computadas por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e não pagantes no período e ainda serem leitos individuais ou coletivos.

Quanto ao custo unitário é representada pelo valor unitário gasto com cada diária ou paciente-dia, e apura-se através da divisão do total da despesa do centro de custo no período, pelo total de paciente-dia no centro de custo no período.

Quanto a receita, é formada pelo somatório das diárias recebidas ou debitadas por fontes, mais diferenças recebidas do SUS e estimativa de não pagantes.

O valor unitário é apurado através da divisão do total da receita do centro de custo no período, pelo total de paciente-dia no centro de custo no período.

Para o centro cirúrgico e centro obstétrico, o cálculo das unidades de bens e serviços destes centros de custo devemos usar a tabela de honorários médicos reconhecida pelo SUS. O custo unitário corresponde ao total de US dividido pelo total das despesas deste centro de custo.

Quanto as receitas destes bens e serviços, é formada pelo somatório de bens e serviços mais a estimativa dos pacientes não pagantes, divididas pelo total de US de cada centro de custo.

Para os centros de custos ambulatório e pronto socorro, a unidade de custo é o número de atendimentos. A unidade de bens e serviços e a receita destes bens e serviços destes centros de custos, são formadas pelas despesas e receitas referentes aos atendimentos, devendo ser computados por fontes, ou seja: SUS, particulares, convênios e estimativa de não pagantes. Sendo o custo unitário a divisão da despesa total de cada centro de custo, pelo total de atendimentos de cada centro de custo. Já a receita unitária, é a divisão da receita total de cada centro de custo, pelo total de atendimentos de cada centro de custo.

Para o centro de custo inaplicável, não tem custo nem receita unitária a computar.

4.3 – Consolidação dos custos - mapa 4.

4.3.1 – Lançamentos de consolidação – mapa de custos 2

No mapa de custo 4, são lançados os valores com pessoal, medicamentos e materiais, impostos taxas e contribuições, gerais que foram atribuídos aos centros de custo de base do mapa de custo 2.

Também são lançados os valores referentes a unidade de tratamento intensivo, berçário, anestesia, gasoterapia, medicamentos e materiais a pacientes internados, medicamentos e materiais a pacientes externos, laboratório de análises clínicas, laboratório de anatomia patológica, raio X, hemoterapia e/ou banco de sangue, eletrocardiografia e/ou eletroencefalografia, fisioterapia, radioterapia e outros.

Quanto a gasoterapia, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme distribuição de gás medicinal a cada centro de custo pertencente ao grupo especiais ou inaplicáveis

Quanto a medicamentos e materiais a pacientes internados, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme o valor de requisições de medicamentos e materiais reembolsados por pacientes internos ou responsáveis que não foram computados nas diárias.

Quanto a medicamentos e materiais a pacientes externos, o total da despesas deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme requisições de medicamentos e materiais reembolsados por pacientes externos, funcionários e outros.

Quanto ao laboratório de análises clínicas, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4 conforme resumo de produção, classificados por centros de custos especiais ou inaplicáveis, ou seja, a quantidade de exames realizados para cada centro de custo especial ou inaplicável.

Quanto ao laboratório de anatomia patológica, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4 conforme resumo de produção, classificados por centros de custos especiais ou inaplicáveis, ou seja, a quantidade de exames realizados para cada centro de custo especial ou inaplicável.

Quanto ao raio X, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme resumo da produção, classificados por centros de custos especiais ou inaplicáveis, ou seja, a quantidade de radiografias para cada centro de custos especiais ou inaplicáveis.

Quanto a hemoterapia e/ou banco de sangue, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme resumo de distribuição de sangue e plasma aos centros de custos especiais ou inaplicáveis.

Quanto a eletrocardiografia e/ou eletroencefalografia, o total da despesa deste centro de custos é rateada no mapa de custo 4, conforme registro de traçados feitos para os centros de custos especiais ou inaplicáveis.

Quanto a fisioterapia, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme registro do número de aplicação feitos para os centros de custos especiais ou inaplicáveis.

Quanto a radioterapia, o total da despesa deste centro de custo é rateada no mapa de custo 4, conforme o registro do número de aplicações feitas para os centros de custos especiais ou inaplicáveis.

4.3.2 – Lançamentos de consolidação – mapa de custos 3

O mapa de custos 4 também recebe os valores constantes do mapa de custos 3, valores estes referentes a pessoal, medicamentos e materiais, impostos, taxas e contribuições e gerais, clínica médica e cirúrgica adultos, clínica médica e cirúrgica pediátrica, clínica obstétrica, clínica psiquiátrica, clínica fisiológica, centro cirúrgico, centro obstétrico, ambulatório, pronto socorro, centro de custo inaplicáveis, oficina de costura, farmácia, granja e chácara.

Recebe também os valores atribuídos a unidade de tratamento intensivo, berçário e anestesia, por rateio.

4.3.3 - Distribuição dos custos - mapa de custos 4.

O mapa de custos 4, podemos dizer que é a consolidação dos mapas de custos 1, 2, e 3, onde são lançados os custos.

O mapa de custos 4, recebe os custos do mapa de custos 1, onde são lançados os valores com pessoal, medicamentos e materiais, impostos, taxas e contribuições, financeiras e gerais.

Quanto as despesas não operacionais, elas também são distribuídas no mapa de custo 4, conforme as fontes, tais como:

- a) despesas com remuneração dos sócios, diretores e conselho fiscal, multas e indenizações contratuais.
- c) despesas com medicamentos e materiais, mais que foram em contra pagamento sem que tenha sido computado na conta de pacientes dos centros de custos, intermediários ou especiais.
- d) imposto de renda, correção monetária, multas por infrações fiscais, juros e taxas bancárias, despesas de financiamentos e empréstimos, descontos concedidos, viagens e ajudas de custo, diárias e doações.

4.3.4 - Mapa de custos consolidado das despesas e receitas

Este mapa de custos, mapa de custos 4, tem por objetivo demonstrar a composição da receita e da despesa total do hospital, indicando o custo unitário por setor de atividade.

O sistema de apuração de custo que se pretende adotar exige que as despesas sejam apropriadas diretamente aos centros de custos considerando-se que cada um deles as tenha precisamente diferenciadas.

Entretanto, acresce assinalar que nada impede que os hospitais interessados em analisar seus custos inaplicáveis, bem como nada impede, também, que a direção interna dos hospitais adote Plano de Custo Próprio que implique numa discriminação dos itens componentes de custos que melhor atenda às necessidades de sua administração variável segundo o porte, a complexidade a estrutura e a funcionalidade do estabelecimento, desde que tal discriminação não seja conflitante com a sistemática do plano básico que se pretende adotar. Após estas considerações, resta-nos exemplificar as bases de distribuição do rateio, ao mesmo tempo em que procuraremos, transmitir as formas de como alcançar os rateios; em fim dar maior ênfase as interpretações que nos é permitido devido ao longo tempo de prática no assunto.

1 - Administração - O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3, obedecendo o seguinte critério: somaremos as despesas com pessoal, serviços próprios, tais como: médicos, enfermagem e diversos dos mapas de custos nºs 2 e 3 e ao dividirmos o total da despesa deste centro de custo, pelo somatório das despesas com pessoal, serviços próprios, tais como: médicos, enfermagem e diversos dos mapas de custos nºs 2 e 3, onde obteremos o custo unitário para rateio.

2 - Transporte Próprio – O total da despesa deste centro de custo é rateada, proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3 e para tal precisamos recorrer ao registro de Km rodados pelas viaturas do hospital para cada centro de custo intermediário, especial produção e ainda as corridas destes veículos em contra pagamento, que serão classificadas Inaplicáveis, ou a centro de custos assim classificados. Para melhor ilustrar, supomos que as viaturas do hospital tenham rodado no período 4.330 km, sendo que utilizaram para transferir pacientes em contra pagamento 531km e 146 km para transporte de cujos totalizando 677 km que são classificados inaplicáveis e 2.471 para os centros de custos Intermediários, especiais, onde ao dividirmos o total da despesa deste centro de custo pelo somatório dos km rodados para os centros de custos Intermediários, especiais, produção e os classificados Inaplicáveis, onde obteremos o custo unitário para rateio. Este resultado obtido é multiplicado pelo somatório de km rodados de cada centro de custo.

3 - Almoxarifado – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3, obedecendo o sistema abaixo:

1º passo: soma das despesas com impressos e materiais de expediente, material de consumo em geral, peças e acessórios de reposição e diversos a classificar dos mapas de custos n.º s 2 e 3;

2º passo: dividir a despesa total deste centro de custo pela soma das despesas acima mencionadas, obtendo assim o custo unitário para rateio;

3º passo: multiplicar os valores referentes a impressos e materiais de expediente, material de consumo em geral, peças e acessórios de reposição e diversos a classificar de cada centro de custo, pelo custo unitário para rateio;

4º passo: distribuir os resultados obtidos a seus respectivos centros de custos dos mapas de custos 2 e 3.

4 - Limpeza – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos 2 e 3. Para executar este rateio devemos recorrer a planta física e verificar quantos metros quadrados são utilizados pelos centros de custos intermediários, Especiais e de Produção, incluindo as áreas classificadas inaplicáveis, ou seja alojamento e utilizados em contra pagamento e necrotério, e que a limpeza seja feita pelo corpo de funcionários do hospital. Com estes dados então podemos aplicar a seguinte equação: Total da despesa deste centro de custo dividido pelo total de m² dos mapas de custos 2 e 3, é igual ao Custo Unitário para rateio. Então multiplicamos o custo unitário para rateio pelos metros quadrados de cada centro de custos intermediários, especial e produção e teremos o valor correspondente de cada centro.

5 - Manutenção e Conservação de Edifício – idem ao sistema anterior, mas com a aplicação de toda a área física pertencentes aos casos, acima, sem levar em consideração o trabalho de funcionários.

6 - Manutenção e Conservação de Móveis, Máquinas e Utensílios – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos 2 e 3 conforme sistema abaixo:

1º passo: soma do imobilizado dos mapas de custos n.ºs 2 e 3, mais os valores classificados no centro de custos inaplicáveis;

2º passo: dividir a despesa total do centro de custo manutenção e conservação de móveis, máquinas e utensílios pelo somatório do imobilizado dos mapas de custos n.º 2 e 3, onde obteremos o custo unitário para rateio;

3º passo : multiplicar o valor do imobilizado de cada centro de custo dos mapas de custos n.ºs 2 e 3 pelo custo unitário para rateio;

4º passo: o resultado obtido distribuir a seus devidos centros de custo.

7 - Caldeira – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos n.ºs 2 e 3 e para tal precisamos recorrer a planta física para verificar quantos m² pertencem aos centros de custo intermediário, especial e produção e ainda os classificados inaplicáveis para posterior cálculo através da seguinte equação: divisão do total da despesa deste centro de custo, pelo total de m² dos centros de custo dos mapas de custos n.ºs 2 e 3, mais os valores do centro de custos inaplicáveis, onde obteremos o custo unitário para rateio.

Então multiplicamos o custo unitário para rateio pelos m² de cada centro de custo intermediário, especial e produção e então teremos o valor correspondente do rateio.

8 - Nutrição e Dietética – O total da despesa deste centro de custo é rateada nos mapas de custos 2 e 3 e recomenda-se considerar os seguintes coeficientes de ponderações:

Refeições	Peso
Café da manhã	2
Almoço	7
Lanche	2
Jantar	5
Ceia	1

Para a distribuição do rateio deste centro de custo devemos obedecer ao sistema de :

- 1) Quando o valor das refeições forem computadas nas diárias dos pacientes, a distribuição do rateio é direto ao centro de custo requisitante;
- 2) Quando o valor das refeições são em contra pagamento por pacientes ou responsáveis ou ainda por visitas, acompanhantes e funcionários o rateio é levado ao centro de custos inaplicáveis.

O total da despesa deste centro de custo é rateada nos mapas de custos n^os 2 e 3 principalmente nos centros de custos: Unidade de Tratamento Intensivo , Berçário e Clínica Médica e Cirúrgica Pediátrica, conforme quantidade de requisições de cada centro de custo. Quanto a sua distribuição, recomenda-se considerar as seguintes ponderações.

- a) Mamadeiras servidas nos centros de custos Unidade de tratamento Intensivo, Clínica Médica e Cirúrgica Pediátrica = peso “2”.
- b) Mamadeiras servidas no centro de custos Berçário – peso “1” .

9 - Lavanderia e Rouparia – O total da despesa deste centro de custo, é rateado proporcionalmente nos mapas de custos n.º s 2 e 3 e para tal precisamos recorrer ao registro de quilos de roupas recebidas para lavar, passar , a fim de verificar o total de roupas recebidas dos centros de custos intermediários, especiais, produção e ainda os que forem em contra pagamento ou centros de custos classificados Inaplicáveis, para efetuar a seguinte equação: Total da despesa deste centro de custo dividido pelo total de quilos de roupas lavadas dos centros de custo dos mapas de custos n^os 2 e 3 mais Inaplicáveis é igual ao Custo Unitário

para rateio. Os quilos de roupas lavadas em contra pagamento, ou a centros de custos que foram computadas Inaplicáveis, esta despesa e receita é classificada inaplicável. As funções da lavanderia e rouparia são: lavar, passar, consertar e outras concernentes ao seu funcionamento.

10 - Farmácia - (Depósito) – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3, obedecendo o sistema abaixo:

1º passo: Soma da despesa com Drogas e Medicamentos, dos mapas de custos nºs 2 e 3.

2º passo: Despesa total deste centro de custo dividida pela soma da despesa com Drogas e Medicamentos.

3º passo : Multiplicar os valores de cada centro de custo pelo custo unitário para rateio.

4º passo : O resultado obtido distribuir a seus respectivos centros de custos dos mapas de custos nºs 2 e 3 .

11 - Centro de material – (Esterilização) – O total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3; para executar este rateio devemos recorrer ao registro e verificar a quantidade de volumes esterilizados para centros de custos intermediários, especiais, produção e ainda os classificados inaplicáveis e aplicar o sistema abaixo.

1º passo : Soma da quantidade de volumes esterilizados.

2º passo : Dividir a despesa total deste centro de custo pelo somatório da quantidade de volumes esterilizados é igual ao custo unitário para rateio.

3º passo : Multiplicar a quantidade de volumes esterilizados para cada centro de custo pelo custo unitário para rateio.

4º passo: O resultado obtido distribuir aos seus devidos centros de custos.

12 - Serviço Social Médico – O total da despesa deste centro de custo, é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3. Para executar este rateio, simplesmente multiplicamos a quantidade de pessoas atendidas para cada centro de custo, dos mapas de custos nºs 2 e 3, pelo custo unitário deste centro de custo (mapa de custos 1).

13 - Alojamento e utilidades – o total da despesa deste centro de custo é rateada proporcionalmente nos mapas de custos nºs 2 e 3. Para executar este rateio aconselhamos determinar por horas de trabalho para os centros de custos dos mapas de custos nºs 2 e 3,

multiplicamos a carga horária de cada centro de custo dos mapas de custos nºs 2 e 3, pelo custo unitário deste centro de custo (mapa de custos n.º 1).

14 - Biblioteca – o total da despesa deste centro de custo, é rateada nos mapas de custos 2 e 3 . Para executar o rateio deste centro de custo, simplesmente multiplicamos o n.º de frequência de pessoal pertencentes a cada centro de custo dos mapas de custos 2 e 3, pelo custo unitário deste centro de custo (mapa de custos 1). As pessoas que frequentaram a biblioteca e que exerceram suas funções nos centros de custo da mapa de custo 1, este número é também multiplicado pelo custo unitário do centro de custo biblioteca e seu valor de rateio é levado para o centro de custo inaplicável.

15 - Praxiterapia – o total desta despesa é transferido diretamente para o centro de custo clínica psiquiátrica.

CAPÍTULO V

Este capítulo visa ilustrar alguns tópicos que compõe o atendimento à uma vítima de acidente de trânsito.

Para isso será descrito uma simulação de acidente.

5.1 – Simulação do acidente

O Posto da Polícia Rodoviária Federal, é acionado através do telefone de emergência – 1527, informando da ocorrência de um acidente de trânsito, na BR 101, no Km 221, próximo ao Posto da Fiscalização da Fazenda, no município de Palhoça, na Grande Florianópolis, onde teriam se envolvido um automóvel de passeio e uma motocicleta, e que o motociclista estava ferido.

Após o recebimento do comunicado, o Posto aciona, via rádio, a viatura mais próxima para se deslocar até o local do acidente e atenda a ocorrência. A viatura está estacionada no Km 204.

Chegando ao local a viatura, com dois policiais, constata que realmente houve um acidente envolvendo um automóvel e uma motocicleta.

O automóvel, com dois ocupante trafegavam no sentido sul-norte, e a motocicleta, com um ocupante tentava cruzar a rodovia.

Verificando a existência de uma vítima, a viatura informa ao posto da necessidade de deslocamento de outra viatura de apoio, para realizar o levantamento do local, remoção dos veículos envolvidos e liberação da via para o trânsito.

5.2 – O APH – Atendimento pré-hospitalar

Antes de descrever o APH, cabe salientar que os traumas, são tratados como suspeita, e nunca como um diagnóstico definitivo.

Os ocupantes do automóvel nada sofreram, mas o ocupante da moto teve algumas lesões.

Os policiais, acionados para atender a ocorrência descrita no item 5.1, iniciam o APH, fazem a análise primária e secundária e verificam que: os sinais vitais estão dentro

dos padrões de normalidade; não há sintomas de hemorragias; escala de glasgow (nível de consciência) igual a 15; fratura aberta no membro inferior direito, mais precisamente tibia e fratura fechada de fibula, além de um pequeno corte superficial na cabeça.

Após o levantamento de todos os traumas possíveis, são providenciadas as imobilizações e curativos para impedir as infecções.

No ferimento oriundo da fratura aberta, a mesma é protegida com gaze e atadura, realizando um curativo para protegê-la; a fratura é imobilizada com tala de papelão descartável e atadura; a coluna cervical é imobilizada com colar cervical; o ferimento da cabeça é lavado com soro fisiológico e protegido com um curativo compressivo de gaze e atadura; após estes procedimentos é realizado o rolamento (técnica para remoção de feridos) onde a vítima é colocada sobre a maca rígida e afixado com um cinto tipo aranha.

Depois destes procedimentos a vítima foi encaminhada ao Hospital Regional de São José e após para o Posto, afim de realizar a desinfecção da viatura e equipamentos utilizados.

5.3 – Os custos pré-hospitalares

Dentro dos procedimentos descritos no item 5.2, foram levantados os seguintes custos, que incluem o atendimento à vítima de trânsito:

Materiais descartáveis

1. 02 pares de luvas para procedimento cirúrgico:	2x 1,00 = 2,00
2. 03 pacotes de gazes esterilizadas:	3x 0,70 = 2,10
3. 03 talas de papelão tamanho grande:	3x 1,50 = 4,50
4. 03 ataduras de 12 cm:	3x 1,80 = 5,40
5. 01 tubo de soro fisiológico de 500 ml	1x 2,00 = 2,00
6. esparadrapo	0,10

SUB TOTAL

16,10

Materiais duráveis

1. 01 maca rígida:	115,00 / 300 = 0,38
valor de aquisição = 115,00	
índice de depreciação = média de 300 atendimentos	
2. 01 cinto tipo aranha:	74,00 / 150 = 0,49
valor de aquisição = 74,00	

índice de depreciação = média de 150 atendimentos

3. 01 colar cervical: $55,00 / 25 = 2,20$

valor de aquisição = 55,00

índice de depreciação = média de 25 atendimentos

SUB TOTAL 3,07

Material para desinfecção

1. 500 ml de hipoclorito de sódio: $0,5 \times 0,98 = 0,49$

2. 02 pares de luvas para procedimentos cirúrgicos: $2 \times 1,00 = 2,00$

3. 200 ml de água oxigenada: $0,2 \times 10,00 = 2,00$

4. 100 g de sabão em pó: $0,1 \times 3,10 = 0,31$

SUB TOTAL 4,80

Outros Custos

1. Combustível 8,97

Quilômetros percorridos = 39

Média de consumo de combustível = 5,6

Quantidade de litros consumido = 6,96

Preço por litro de combustível = 1,29

2. Mão de obra 18,74

Salário médio mensal = 1.500,00

Média de horas trabalhadas no mês = 160

Valor da hora trabalhada = 9,37

Total de horas utilizadas neste acidente = 2

3. Diversos 2,00

Esponjas, escovas e demais materiais não controlados.

SUB TOTAL 29,71

TOTAL GERAL 53,68

Os custos da viatura que se deslocou em apoio, não foram computados, pois o nosso interesse é demonstrar os custos com o atendimento à vítima e não o custo do acidente.

Os valores utilizados para os materiais descartáveis, materiais duráveis e materiais para desinfecção referem-se ao valor de estoque ou em caso de estoque zero, ao valor de reposição.

A depreciação da viatura foi descartada pela dificuldade de mensurá-la, sendo que as viaturas da Polícia Rodoviária Federal não têm normas para utilização definida, pois a mesma viatura pode ser utilizada para socorrer vítimas, orientar o trânsito, policiamento ostensivo e outros. Dessa forma também desprezamos os custos com sua manutenção e conservação.

Portanto, os valores apurados nesta simulação estão lançados em 01 mapa de custos pré-hospitalares, simplificado, e adequado a necessidade da demonstração desta simulação.

MAPA DE CUSTOS PRÉ-HOSPITALARES		
ITENS	ATENDIMENTO	DESINFECÇÃO
água oxigenada		2,00
ataduras	5,40	
cinto tipo aranha	0,49	
colar cervical	2,20	
combustível	8,97	
diversos		2,00
esparadrapo	0,10	
gazes	2,10	
hipoclorito de sódio		0,49
luvas	2,00	2,00
maca rígida	0,38	
peçoal	9,37	9,37
sabão em pó		0,31
soro fisiológico	2,00	
talas de papelão	4,50	
SUB TOTAL	37,51	16,17
TOTAL GERAL		53,68

5.4 – Os custos hospitalares

Partindo da suspeição, do atendimento pré-hospitalar e de um exame clínico mais pormenorizado, além de exames complementares, possibilitarão que os médicos cheguem aos diagnósticos corretos dos traumas, e as intervenções necessárias para corrigi-los.

Neste caso, o médico que iniciou o atendimento, aceitou as suspeitas do atendimento pré-hospitalar e solicitou como exames complementares raio X da coluna cervical, lombar e dorsal, da pelve (bacia), do crânio e membro inferior direito. Também solicitou exame de sangue, eletroencefalograma e reposição volêmica através do ringer lactato. Após o resultado dos exames complementares diagnosticou-se não haver nenhum outro tipo de lesão além do corte no couro cabeludo e fratura de tíbia e fíbula.

Diante do diagnóstico, foi realizada a limpeza e sutura do corte, além de preparado o centro cirúrgico para a intervenção no membro fraturado.

O paciente foi informado do seu quadro clínico, que seria submetido a uma cirurgia e ficaria internado por cinco dias.

Certamente existem outros procedimentos a serem adotados, dentro do hospital, no atendimento à uma vítima de trânsito, mas diante das dificuldades na obtenção destas informações, o procedimento acima nos serve para fins didáticos e melhor entendimento da simulação.

Diante dos fatos acima, com base na tabela da AMB – Associação Médica Brasileira, tentaremos identificar os custos hospitalares que compõe esta simulação.

1. Raio X da coluna cervical, perfil e frontal	
Custo operacional	2x 8,50= 17,00
Honorários	2x 9,00= 18,00
2. Raio X da coluna lombar, perfil e frontal	
Custo operacional	2x11,50= 23,00
Honorários	2x10,50= 21,00
3. Raio X da coluna dorsal, perfil e frontal	
Custo operacional	2x 8,50= 17,00
Honorários	2x 9,00= 18,00
4. Raio X da pelve	
Custo operacional	7,50
Honorários	7,50
5. Raio X do crânio, perfil e frontal	

Custo operacional		2x 10,00=	20,00
Honorários		2x 9,50=	19,00
6. Raio X da perna direita			
Custo operacional			7,50
Honorários			7,50
7. Exame de sangue			67,00
8. Eletroencefalograma e mapeamento cerebral			250,00
9. Ringer lactato - 3 litros			26,00
10. Serviço de sutura com kit			35,00
11. Cirurgia			
Médico			255,00
Anestesista			150,00
2 auxiliares			100,00
12. Gesso			15,00
13. Materiais e medicamentos diversos			55,00
14. Internação de 5 dias			
Diária em quarto individual	271,00 x 5 =		1.355,00
Consulta médica	39,00 x 5 =		195,00
TOTAL GERAL			2.686,00

Obs.: No valor da diária já estão inclusos os valores referente ao pessoal e alimentação.

Estes foram os custos levantados nesta simulação de acidente, mas como já foi dito, esta simulação serve apenas como ilustração e para dar melhor entendimento quanto as fases ao atendimento à uma vítima de trânsito, pois com certeza existem outros custos que não foram mencionados neste capítulo.

Devido a simplicidade desta simulação de acidente, os custos não serão lançados nos mapas dos anexos, pois estes mapas compreendem todos os custos hospitalares, e neste simulação não atribuímos valores referentes aos custos fixos, principalmente pela diferença que pode existir entre uma instituição e outra, quer pelo seu porte, estrutura e gerenciamento.

MAPA DE CUSTOS HOSPITALARES			
CENTROS DE CUSTOS	PESSOAL	MEDICAMENTOS E MATERIAIS	TOTAL
CENTRO CIRURGICO	355,00	70,00	425,00
RAIO X	91,00	92,00	183,00
ANESTESIA	150,00		150,00
LABORATÓRIO	33,00	34,00	67,00
ELETROENCEFALOGRAFIA	250,00		250,00
CLÍNICA MÉDICA	195,00	1.416,00	1.611,00
TOTAL	1.074,00	1.612,00	2.686,00

Portanto, os valores apurados, para os custos hospitalares, nesta simulação estão lançados no mapa de custos acima.

CAPÍTULO VI

6.1 - Comentários e considerações finais

A presente monografia, foi desenvolvida para que satisfizesse a necessidade acadêmica, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Ciências Contábeis. A partir daí, procurou-se encontrar um tema pouco explorado, de interesse pessoal e acadêmico, e que estivesse inserido na abrangente área da Contabilidade.

Neste sentido, pretendeu-se verificar os custos referentes ao atendimento das vítimas de acidentes de trânsito, que cada vez mais estão em evidência na mídia, principalmente pela quantidade de vidas que estão sendo ceifadas, de forma trágica e inaceitável.

Dessa forma, de modo geral, procurou-se analisar os transtornos e os custos referentes aos acidentes de trânsito, principalmente quanto ao atendimento das vítimas.

Especificamente, procurou-se investigar teoricamente a existência de fontes que discutissem os assuntos em torno de custos pré-hospitalares e hospitalares no atendimento às vítimas de trânsito; identificar teoricamente os componentes dos custos hospitalares e algumas variações julgadas significativas, bem como suas fontes de custeio e o seu enquadramento adequado ao plano de contas das instituições; identificar o enquadramento e posicionamento estrutural das contas envolvidas junto ao sistema contábil das instituições e demonstrar, com o auxílio do plano de contas, o enquadramento técnico das fontes de custeio e as formas usuais para a classificação contábil deste tipo de gasto.

Após a conclusão do trabalho de pesquisa e leitura das fontes disponíveis, foi possível identificar a composição geral dos custos hospitalares, as fontes de custeio, variações, enquadramento e posicionamento estrutural, das contas que envolvem os custos hospitalares, a metodologia de rateio e mensuração do custo unitário.

Contudo, a mensuração do custo do atendimento à vítima de acidente de trânsito, ficou prejudicado, pois quanto aos custos do APH, estes são efetuados basicamente

pelo poder público (Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros), que não possuem estrutura para registro, acompanhamento e mensuração de custos, tendo somente dados estatísticos sobre os acidentes.

Ao saber que os custos hospitalares, em caso de atendimento à vítima de trânsito, são compostos em grande parte por gastos com pessoal, e que o valor do serviço prestado depende do profissional que o está prestando, e não do serviço que está sendo prestado, fica difícil atribuir parâmetros quanto ao custo do serviço, quer pelo fato de não haver pesquisa prévia de preço, quer pelo caráter de emergência na prestação do serviço.

Partindo disso, se fez uma simulação de acidente, utilizando a lista de procedimentos médicos da AMB – Associação Médica Brasileira, bem como os preços de estoques ou reposição dos produtos utilizados no atendimento á uma vítima de trânsito, conforme podemos observar no capítulo v.

Do ponto de vista da pesquisa de custos na área de atendimento de acidente de trânsito no Brasil, as carências são acentuadas. A começar pelo pequeno número de pesquisadores e capacitação de estudos laboratoriais instalados no País.

O reduzido número de pesquisadores e laboratórios, ao lado da fraca atuação dos órgãos públicos e privados com relação ao assunto, implica necessariamente em poucos recursos para o desenvolvimento de pesquisas na área, dificultando o entendimento do fenômeno “acidente de trânsito” em bases científicas.

Este estudo tentou identificar os custos com o atendimento de uma vítima de trânsito, que não foi concluído, sendo necessário a realização de estudos mais aprofundados, e até estudos sobre os outros custos que envolvem um acidente de trânsito, tais como: os custos da recuperação dos veículos e das cargas envolvidas, da redução na capacidade produtiva em uma empresa de transportes, da reabilitação e reintegração à sociedade dos mutilados no trânsito, da perda da capacidade produtiva do cidadão, ambientais (em caso de acidente com cargas perigosas), jurídicos (ações civis e criminas), do custo social, dentre outros.

6 – BIBLIOGRAFIA

- ARAÚJO, Aneide Oliveira. **Custos: um instrumento de apoio à decisão.** Anais do IV Congresso Internacional de Custos. Campinas, 1994.
- BERG, Bettina. **Programas de educação no trânsito para crianças e adolescentes.** Congresso Nacional de Segurança no Trânsito. Curitiba: GRAFIVEN, 1995.
- BEULKE, Rolando, BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres.** 1. Ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- BRANCO, Adriano M. **Acidentes rodoviários, sinalização e segurança.** 1. Ed. São Paulo: IPR, 1972.
- BROSKY, Harold. **The call for help after an injury road accident.** University of Mariland: Pergamnon Press, 1993.
- CARDOSO NETO, Felicíssimo. **Contabilidade de custos, sistemas, técnicas de apropriação e gestão.** 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 1987.
- CRUZ, Flávio da. **O método de custeamento ABC adaptado ao controle substantivo da despesa orçamentária no setor público.** 1. Ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- EVANS, Leonard. **Traffic safety and the driver.** New York: Van Nostrand Reinhold, 1991.
- FERNANDES, Luiz Oswaldo. **Contabilidade hospitalar.** 1. Ed. São Paulo: LN, 1980.
- FREITAS, Gilberto Durigon. **Determinação de locais de estacionamento para viaturas de ronda da Polícia Rodoviária Federal.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 1996.
- GONÇALVES, Ernesto Lima (coord.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** 1. Ed. São Paulo: Pioneira, 1983.
- LIMA, Ivonete Dionízio, GUIMARÃES, Geisa Maria de Abreu, MOREIRA, Tito Belchior Silva. **Parâmetros de auditoria de gestão.** Técnicos do Tribunal de Contas da Bahia. Salvador: 1995 (mimeografado).
- MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos.** 5. Ed. Rev. São Paulo: Atlas, 1996.
- MILLER, Ted R. **Coast and functional consequences of U. S. Roadway chashes.** Washington D C: Pergamnon Press, 1993.
- NAKAGAWA, Masayuki. **ABC custeio baseado em atividades.** 1. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- OLIVEIRA, Marcos de. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar.** 1. Ed. Florianópolis: CIASC, 1996.

- ROCHA, Welington. **Custeio baseado em atividades: mitos, falácias e possíveis verdades.** Anais do II Congresso Brasileiro de Gestão Estratégica de Custos. São Leopoldo, 1995.
- ROSMAM, Diana L., KNUIMAN, Matthew W. **A comparison of hospital and police road injury data.** University of Western Austrália: Elsevier Science, 1994.
- SÁ, Antonio Lopes de, SÁ, Ana Maria Lopes de. **Dicionário de contabilidade.** 8. Ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- SABBAG, Alberto Francisco. **Medicina de tráfego – especialidade médica para área de trânsito.** Congresso Nacional de Segurança no Trânsito. Curitiba: GRAFIVEN, 1995.
- SAKAMOTO, Kasuo. **Trânsito e a educação para o trânsito – uma visão institucional.** Congresso Nacional de Segurança no Trânsito. Curitiba: GRAFIVEN, 1995.
- SCARINGELLA, Roberto Salvador. **O veículo como fator de risco de acidentes de trânsito.** Congresso Nacional de Segurança no Trânsito. Curitiba: GRAFIVEN, 1995.
- SCHURR, Margaret. **Enfermagem e administração.** 2. Ed. São Paulo: EPU, 1976.
- SOUZA, João Carlos. **Dimensionamento, localização e escalonamento de serviços de atendimento emergencial.** Tese de doutorado. Florianópolis: UFSC, 1996.
- WEISS, Valmor. **Tempo de direção do motorista.** Congresso Nacional de Segurança no Trânsito. Curitiba: GRAFIVEN, 1995.
- WELSH, Glenn A. **Orçamento empresarial.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

ANEXO I

TABELA DE GASTOS EM TODAS AS
FASES DO ATENDIMENTO EM
EMERGÊNCIA – MINISTÉRIO DA
SAÚDE – BRASIL 1996



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

dados para maiores parâmetros de consistência

05/05/98

GASTOS EM TODAS AS FASES DO ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA - BRASIL 1996

REGIÕES UF	TETO SUS/SES	(A)		(B)			(C)			TOTAL REABILITAÇÃO	TOTAL GERAL
		ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	EMERGÊNCIA AMBULATORIAL	EMERGÊNCIA HOSPITALAR		ATEND. EMERG. HOSP. + AMBUL. (SIA + SIIH)	REABILITAÇÃO		TOTAL		
				CAUSAS EXTER.	EMERG. CLÍNICAS		ORT. PROT. E MAT.	NÚC. / CENT. 1 E 2			
TOTAL	7.063.768.422,00	8.159.720,21	514.127.332,54	380.796.007,28	1.161.271.576,48	13.829.707,70	2.857.833,42	3.553.127,41	20.220.668,56	1.189.651.965,25	
AC	310.480.230,00	1.150.548,17	16.277.109,96	11.656.524,54	12.208.391,00	40.142.025,50	959.612,92	112.904,28	0,00	1.072.517,20	
AM	63.540.844,00	856.507,48	4.047.753,93	307.893,42	249.297,49	1.668.913,53	78.112,72	0,00	0,00	1.747.026,25	
AP	8.180.844,00	228.652,10	369.918,97	1.878.993,75	1.131.826,03	7.058.573,71	619.685,75	0,00	0,00	8.534.746,94	
PA	143.609.352,00	65.388,59	5.046.990,26	1.652.229,91	19.414,68	729.287,55	0,00	0,00	0,00	957.939,65	
PR	41.802.132,00	0,00	1.036.342,40	1.002.252,07	2.106.190,81	18.379.312,89	117.791,57	112.904,28	0,00	230.695,85	
RR	7.334.952,00	0,00	339.420,02	91.762,99	115.116,73	544.299,74	0,00	0,00	0,00	1.440.222,88	
TO	33.601.326,00	0,00	4.324.951,57	1.160.359,27	7.614.852,60	0,00	0,00	0,00	0,00	546.299,74	
NE	1.665.248.706,00	3.046.219,94	124.464.107,88	45.064.459,22	85.558.289,96	255.086.827,06	1.688.432,94	678.349,06	0,00	2.366.802,00	
AL	99.332.400,00	0,00	2.565.249,56	3.119.193,86	4.112.870,05	9.798.313,47	122.145,76	0,00	0,00	122.145,76	
BA	388.471.632,00	1.236,42	49.518.782,81	11.683.885,30	20.734.749,91	81.937.418,02	15.317,37	81.619,72	0,00	96.937,09	
CE	1.196.960,30	1.196,96	13.661.472,87	8.409.544,99	12.073.093,19	34.144.111,05	641.170,38	355.637,65	0,00	996.808,03	
MA	186.406.152,00	2.361,65	10.271.257,07	3.696.901,41	9.283.884,32	23.252.042,80	57.874,18	14.683,44	0,00	72.557,62	
PB	128.209.248,00	0,00	4.400.654,12	4.447.534,91	14.216.181,64	23.064.372,67	554.334,66	2.341,92	0,00	556.676,58	
PE	325.996.608,00	1.233.550,42	27.731.305,40	7.234.100,83	14.719.945,94	49.685.352,17	164.401,60	183.291,61	0,00	327.693,21	
PI	105.071.340,00	427.918,30	10.010.417,19	2.732.489,58	1.518.544,38	17.915.590,17	32.564,82	0,00	0,00	18.343.508,47	
RN	101.776.116,00	184.192,85	3.394.605,27	2.909.363,59	3.281.448,36	8.194.598,01	100.624,17	60.794,72	0,00	93.359,54	
SE	55.222.038,00	0,00	2.912.260,56	2.222.261,96	1.963.403,15	7.095.028,70	0,00	0,00	0,00	100.624,17	
SE	3.464.275.188,00	2.882.920,85	291.266.056,42	118.388.729,10	170.396.999,07	580.051.784,59	7.901.669,04	1.715.457,58	3.056.410,25	12.673.536,87	
MG	800.971.680,00	74.479,30	71.108.183,00	28.257.794,50	54.529.646,41	153.895.623,91	2.056.447,39	41.178,76	2.520.605,60	4.618.231,75	
ES	101.381.796,00	0,00	6.599.073,85	3.377.499,53	5.274.146,58	18.455,93	0,00	0,00	70.128,78	254.688,71	
RJ	640.905.644,00	1.273.295,73	67.300.953,65	18.813.948,90	29.984.097,75	116.099.000,30	2.273.267,83	226.994,88	401.505,03	2.901.767,74	
SP	1.901.016.048,00	1.535.145,82	145.257.845,92	67.939.487,17	80.609.106,33	294.806.439,42	3.387.393,89	1.447.283,94	64.170,84	4.698.848,67	
SU	1.177.824.048,00	525.469,01	84.513.810,64	45.135.901,14	82.649.376,81	212.297.088,59	2.644.084,03	276.460,03	0,00	2.920.544,06	
PR	478.485.096,00	211.924,08	38.533.114,30	18.923.159,78	30.394.648,95	87.850.923,03	1.277.704,77	192.384,92	0,00	1.470.089,69	
SC	215.474.172,00	229.476,53	10.648.057,33	7.467.478,30	12.812.563,90	835.193,25	0,00	0,00	0,00	835.193,25	
RS	483.864.780,00	84.048,40	35.112.639,01	18.743.263,06	39.442.163,96	93.298.066,03	531.186,01	84.075,11	0,00	615.261,12	
CO	445.940.250,00	554.562,24	27.606.247,64	16.104.622,66	29.982.980,44	73.693.850,74	635.908,77	74.642,47	47.671,19	1.187.268,43	
MS	78.673.866,00	0,00	4.903.891,41	3.104.770,64	4.573.273,76	12.581.935,81	281.333,00	0,00	0,00	281.333,00	
MT	94.640.484,00	9.155,30	3.988.862,92	2.455.615,85	6.081.761,70	12.556.240,47	108.210,87	74.642,47	0,00	182.853,34	
GO	186.746.748,00	58.098,69	14.272.764,56	6.951.625,27	15.150.204,05	36.374.593,88	189.425,44	0,00	310.714,77	500.140,21	
DF	85.879.152,00	487.308,25	4.440.728,75	3.592.610,90	4.177.740,93	12.211.080,58	56.939,46	0,00	166.002,42	222.941,88	

FONTE: DATASUS/MS
240498

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA O CÁLCULO DOS GASTOS COM:

- * PRÉ-HOSPITALAR = TRAUMA E II DO SAI
- * ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA = ATENDIMENTOS DO SIA POR TIPO
- * REABILITAÇÃO = NÚCLEOS E CENTROS DE REABILITAÇÃO DE 1 E 2 TURNOS, INTERNAÇÃO EM REABILITAÇÃO E OPM.

ANEXO II

ACIDENTES DE TRÂNSITO -
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL 1996

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE PROJETOS ESPECIAIS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

ACIDENTES DE TRÂNSITO

BRASIL 1996

ÓBITOS / ANO	35.000
REGISTROS POR NOTIFICAÇÃO	30.000
REGISTROS / DENATRAN	26.000
FERIDOS	500.000
LESÕES LESÕES IRREVERSÍVEIS	100.000
POPULAÇÃO	150 Milhões

ACIDENTES DE TRÂNSITO

1996	BRASIL	EUA
ÓBITOS / ANO	35.000	45.000
NÚMERO DE VEÍCULOS	30 milhões de veículos	180 milhões de veículos
POPULAÇÃO	150 milhões habitantes	260 milhões de habitantes

MEDIDAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA → REDUZIR ACIDENTES

MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA → REDUZIR A GRAVIDADE

MEDIDAS:

- MELHORIA DA INFRA-ESTRUTURA DE CIRCULAÇÃO
- MELHORIA DA SINALIZAÇÃO
- VISTORIA PERIÓDICA E RIGOROSA DOS VEÍCULOS
- CONTROLE DA VELOCIDADE
- RESTRIÇÃO DE DIRIGIR ALCOOLIZADO
- MELHORIA NA FORMAÇÃO DO NOVO CONDUTOR
- EDUCAÇÃO DOS VÁRIOS SEGMENTOS DE USUÁRIOS DA CIRCULAÇÃO (pedestres, motoristas, ciclistas, crianças)

REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE

PAÍS	% REDUÇÃO DE VÍTIMAS FATAIS	PERÍODO
FRANÇA	44%	7 anos
JAPÃO	30%	6 anos
	50%	10 anos

BRASÍLIA 27,9% 1 ano
1996 - 493 mortes
1997 - 357 mortes

ACIDENTES DE TRÂNSITO

CUSTAM AOS COFRES PÚBLICOS

US\$ 1,5 BILHÃO/ ANO

- ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS = 300 Milhões
- DANOS MATERIAIS = 400 Milhões
- PERDA DE PRODUÇÃO = 800 Milhões

ANEXO III

MAPA DE CUSTO 1

ITENS COMPONENTES	CENTROS DE CUSTOS DE BASE						TOTAL	DESPESAS NÃO OPERACIONAIS
	ADMINISTRAÇÃO	TRANSP. PRÓPRIO	ALMOXARIFADO	LIMPEZA	OUTROS CENTROS DE CUSTOS			
PESSOAL								
MEDICAMENTOS E MATERIAIS								
IMP. TAXAS E CONTR								
FINANCEIRAS								
GERAIS								
CUSTO TOTAL								

CUSTO UNITÁRIO					
UNIDADES VALORES	PESSOAL	QUILOMETROS	VALORES REQ.	METROS QUADR.	OUTRAS
CUSTO UNITARIO					

ANEXO IV

MAPA DE CUSTO 2

ITENS COMPONENTES	CENTROS DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS					TOTAL
	UTI	RAJO X	ANESTESIA	GASOTERAPIA	OUTROS CENTROS DE CUSTOS	
PESSOAL						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS						
IMP. TAXAS E CONTR						
GERAIS						
RATEIO DOS CENTROS DE CUSTOS DE BASE						
CUSTO TOTAL						

CUSTO UNITÁRIO	DIÁRIA	US	MINUTOS	CM 3
SUS				
PARTICULARES				
CONVÊNIO				
NÃO PAGANTES				
TOTAL				
CUSTO UNITÁRIO				

RECEITA UNITÁRIA	DIÁRIA	US	MINUTOS	CM 3
SUS				
PARTICULARES				
CONVÊNIO				
NÃO PAGANTES				
TOTAL				
RECEITA UNIT.				

ANEXO V

MAPA DE CUSTO 3

ITENS COMPONENTES	CENTROS DE CUSTOS ESPECIAIS			CENTRO CUSTO INAPLICAVEIS	TOTAL	CENTROS DE CUSTOS DE PRODUÇÃO		TOTAL GERAL
	CLIN. MED. ADULTOS	CENTRO CIRURGICO	OUTROS CENTROS			OFICINA DE COSTURA	OUTROS CENTROS	
PESSOAL								
MEDICAMENTOS E MATERIAIS								
IMP. TAXAS E CONTR								
GERAIS								
RATEIO DOS CENTROS DE CUSTOS DE BASE								
RATEIO DOS CENTROS DE CUSTOS INTERMED.								
CUSTO TOTAL								
CUSTO UNITARIO								

	DIÁRIA		US
	INDIVID.	COLETIVO	
SUS			
PARTICULARES			
CONVÊNIO			
NÃO PAGANTES			
TOTAL			
CUSTO UNIT. MÉDIO			
RECEITA UNITÁRIA			
SUS			
PARTICULARES			
CONVÊNIO			
NÃO PAGANTES			
TOTAL			
RECEITA UNIT.			

ANEXO VI

MAPA DE CUSTO 4

CENTROS DE CUSTOS	DESPESAS DIRETAS			CENTRO DE CUSTO DE BASE				CENTRO DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS				C. UNIT.		
	PESSOAL	OUTRAS DESP. DIRETAS	TOTAL	ADM	TRANSP PROPRIO	OUTROS CENTROS CUSTOS DE BASE	TOTAL	UTI	ANEST.	OUTROS CENTROS CUSTOS INTERM.	TOTAL		TOTAL GERAL	UNID.
CENTROS DE CUSTOS ESPECIAIS														
CENTROS DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS								UN.	QTDE	CUSTO UNITÁRIO				
CENTROS DE CUSTO DE PRODUÇÃO														
CENTRO DE CUSTOS DE BASE				UNID.	QTDE	CUSTO UNITÁRIO								
DESPESAS NÃO OPERACIONAIS														
TOTAL GERAL														

RECEITAS OPERATIVAS	VLR
SUS	
SUS - DIF. APOSENTOS PARTICULARES	
CONVENIOS	
DIVERSAS A CLASSIFICAR	

RECEITAS NÃO OPER.	VLR
IMOVEIS DE RENDA	
SUBVENÇÕES MUNICIPAIS	
SUBVENÇÕES ESTADUAIS	
SUBVENÇÕES FEDERAIS	

RECEITAS DE PRODUÇÃO	VLR
PRODUÇÃO PRÓPRIA	
DIVERSAS A CLASSIFICAR	

TOTAL GERAL	
-------------	--